

HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Importância dos Cuidados de Enfermagem no Período Pré-natal

Discentes: *Fedra Simone Teixeira Sousa*

Jocilene Ailine Andrade Rodrigues

Kleidy Solange Miranda Duarte

"Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem"

HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Importância dos Cuidados de Enfermagem no Período Pré-natal

Discentes: *Fedra Simone Teixeira Sousa*

Jocilene Ailine Andrade Rodrigues

Kleidy Solange Miranda Duarte

Orientador: *João Santos Caçador*

Mindelo
Julho 2013

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta monografia, apresentada para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, primeiramente à nossa família, em especial aos nossos pais pelo amor, amizade, companheirismo e pelo apoio e incentivo permanentes em todas as fases do nosso percurso académico. A eles um muito obrigado por tudo!

À minha filha Irish Emanuelle que veio ao mundo no princípio deste processo, o que me deu mais motivação para prosseguir (Fedra Sousa).

AGRADECIMENTOS

“Na vida e com muita humilde, devemos valorizar as metas alcançadas...”

Por termos abraçado, uma formação que profissionalmente nos abre as portas para, exercermos responsavelmente, uma labuta que, requer prazer e gosto em prestar auxílio ao próximo, pretendemos ser, nesta nota de agradecimentos, concludentes de um brioso curso e futuras enfermeiras dedicadas e sedosas de aprender no quotidiano visando prestar um serviço de excelência, reconhecendo todos aqueles que nos foram importantes nessa fase.

Quatro anos, é esse o tempo que junto de outros colegas, debruçamo-nos com afinco nas matérias dadas, pesquisamos, estudamos muito, sempre tentando estar na linha da frente de uma área em constante evolução e, naturalmente desenvolvemos uma sã camaradagem, espírito que pretendemos levar connosco no estribado cumprimento das nossas funções, bem como, no diálogo, convivência, etc, com demais colegas, médicos, outros técnicos da saúde, bem como com as pessoas no geral.

A enfermagem foi, tem sido e será sempre um auxílio a todos na construção de sociedades mais confiantes e também uma mão companheira na senda de garantir mais saúde e melhor qualidade da mesma junto das comunidades. Por isso, e com gosto em servir com zelo, abrimo-nos na aventura do conhecimento e com a prestimosa colaboração de docentes, colegas, amigos, entre outros chegamos ao dia de hoje certos que, valeu a pena a dedicação e o esforço ora dispensado para nos entregarmos ao compromisso de uma nobre missão.

Por conseguinte e esperando não ter esquecido de ninguém e, no reconhecimento da importância do envolvimento das pessoas no nosso percurso académico passamos a agradecer:

- Mestre Rosemeire Ambrozano;
- Enf.º João Santos Caçador;
- Enf.^a Joanna Maria e Brito Mertens;
- Dra. Isabel Serra;
- Eng.º Emanuel Almeida Spencer, pelo pronto e profícuo apoio na elaboração deste trabalho.

RESUMO

A hipertensão na gravidez constitui um dos problemas de maior morbidade e mortalidade materno-fetal. O tema do nosso trabalho, retrata a importância dos cuidados de enfermagem no período pré-natal visando a minimização dos problemas da Hipertensão na Gravidez, apresentando a sua classificação segundo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, bem como definições, etiologia, sinais, sintomas, factores predisponentes, complicações, prevenção e cuidados de enfermagem para grávidas hipertensas.

Através de pesquisas bibliográficas, constatamos que a incidência da hipertensão na gravidez é alta, apresentando como uma das patologias obstétricas mais comuns, daí o nosso interesse em compreender a importância das intervenções de enfermagem no caso da hipertensão na gravidez, tendo como foco os cuidados de enfermagem nas consultas pré-natal no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista, localizado em São Vicente.

Neste sentido, incidimos muito na revisão da literatura possível, dissecamos alguns artigos científicos através de revistas e sites na internet, analisamos os dados registados referentes às grávidas hipertensas que passaram pelo Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista, no período compreendido entre Janeiro/2010 a Maio/2013 e realizamos entrevistas às enfermeiras que trabalham no sector maternal deste referido Centro de Saúde.

No decorrer desta pesquisa, pudemos aperceber que o enfermeiro assume, cada vez mais, um papel de grande importância na área da saúde maternal, pois a sua actuação começa pela educação para a saúde, esclarecendo, aconselhando, recomendando a procura do serviço de saúde mais próximo, para o início das consultas do pré-natal, mas acima de tudo, identificando as grávidas com predisposição a hipertensão ou outras patologias obstétricas, construindo assim uma relação de parceria e confiança mútua entre a grávida, o enfermeiro e o centro de saúde, melhorando a eficácia das intervenções de enfermagem.

Com o desenvolvimento deste trabalho, conseguimos agregar conhecimento, principalmente sobre a hipertensão na gravidez e sobre os cuidados de enfermagem que devem ser prestados para atenuar a sua prevalência e, por conseguinte, ficar a saber como prevenir complicações materno-fetal futuras.

PALAVRAS-CHAVE: gravidez, hipertensão na gravidez, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Hypertension in pregnancy is one of the major morbidity problems and maternal-fetal mortality. The theme of our work portrays the importance of nursing care in the prenatal period in order to minimize the problems of Hypertension in Pregnancy, presenting their classification according to the American College of Obstetricians and Gynecologists, as well as definitions, etiology, signs, symptoms, predisposing factors, complications, prevention and nursing care for pregnant women with hypertension.

Through literature searches, we found that the incidence of hypertension in pregnancy is high, presenting as one of the most common obstetric, hence our interest in understanding the importance of nursing interventions in the case of hypertension in pregnancy, focusing on the care of nursing in antenatal Center for Reproductive Health of Bela Vista, located in São Vicente.

In this sense, we focused a lot on the literature review possible dissect some scientific articles through magazines and Internet sites, we analyzed the recorded data concerning pregnant hypertensive who visited the Center for Reproductive Health of Bela Vista, in the period from January 2010 to May 2013 and conducted interviews with nurses working in the referred Health Center.

During this research, we realized that the nurse takes an increasingly major role in the area of maternal health, because his or her action begins with health education, explaining, advising, recommending the pregnant women to seek the nearest health services, for the beginning of prenatal consultations, but above all, identifying pregnant women with a predisposition to hypertension or other obstetric problems, building a relationship of partnership and mutual trust between the pregnant, the nurse and health center, improving the effectiveness of nursing interventions.

During the development of this work, we acquired a lot of knowledge, especially on hypertension in pregnancy and about the nursing care to be provided to minimize its prevalence and therefore to get to know how to prevent future maternal and fetal complications.

Key-words: pregnancy, hypertension in pregnancy, nursing care.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO.....	9
II - METODOLOGIA	12
III – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
1. A CONCEPÇÃO DA VIDA	16
2. PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS	19
3. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ.....	23
3.1. Etiologia e Sintomas da Hipertensão na Gravidez	27
3.1.1. Principais Sintomas	28
3.2. Factores Predisponentes da Hipertensão na Gravidez.....	30
3.3. Riscos e Complicações da Hipertensão na Gravidez	33
3.3.1. Pré-eclâmpsia.....	34
3.3.2. Síndrome de HELLP.....	35
3.3.3. Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida (DPPNI)	35
3.3.4. Crescimento intra-uterino restrito (CIUR)	36
4. A ENFERMAGEM E O CUIDAR.....	37
5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GRAVIDA HIPERTENSA.....	40
5.1. Anamnese.....	43
5.2. Exame físico.....	43
5.3. Análises Laboratoriais.....	45
5.4. Cuidados a nível ambatório.....	46
6. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	48
IV. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS ÀS GRÁVIDAS HIPERTENSAS NO CSR BV.....	50
1. CENTRO DE SAÚDE REPRODUTIVA DA BELA VISTA.....	50
1.1. Organização Funcional do CSR BV	51
1.2. Razões de Sucesso do CSR BV	52
1.3. Constrangimentos e Desafios na Área da Saúde Reprodutiva	53
2. ROTINAS DE ATENDIMENTO A GRÁVIDAS HIPERTENSAS NO CSR BV	54
2.1. Seguimento em relação aos antedecedentes e factores de risco	54
2.2. Seguimento em relação a patologia associada à gravidez	54
3. ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS	56
3.1. Análise do Conteúdo das Entrevistas	56
3.2. Análise dos Casos de Hipertensão nas Grávidas	58
V. CONCLUSÃO.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS.....	69

LISTA DE SIGLAS

AIISM - Atenção Integral à Saúde Materna
AIDI - Atenção Integral à Doenças da Infância
CID - Coagulação Intravascular Disseminada
CSR BV - Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista
COMCV - Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde
DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DTG - Doença Trofoblástica Gestacional
FCF - Frequência Cardíaca Fetal
HTA - Hipertensão Arterial
HIG - Hipertensão Induzida pela Gravidez
HEELP - H-Hemólise, EL-elevação enzimas hepáticas, LP-contagem baixa de plaquetas
IUT - Infecção do Trato Urinário
IEC - Informação Educação e Comunicação
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
NV - Nados Vivos
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização não Governamental
PMI/PF - Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar
PNSR - Plano Nacional de Saúde Reprodutiva
RCIU - Restrição do Crescimento Intra-Uterino
RTP - Reflexo Tendinosos Profundos
SR - Saúde Reprodutiva
SHEG - Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez
SNC - Sistema Nervoso Central
SIDA - Síndrome de Imune Deficiência Adquirida
TB - Toxoplasma Gondii
TPP - Trabalho de Parto Prematuro
TAS - Tensão Arterial Sistólica
TAD - Tensão Arterial Diastólica
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
VHB - Vírus da Hepatite B

I - INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo, para o término desta etapa do nosso percurso académico, foi-nos solicitada a elaboração do presente Trabalho de Conclusão de Curso, inserida na Unidade Curricular Seminários Avançados em Enfermagem I e Investigação Científica e, com o Tema “Hipertensão na gravidez: Importância dos Cuidados de Enfermagem no período pré-natal”.

A hipertensão arterial constitui um problema clínico e quando associada a gravidez constitui um dos factores causais de mortalidade e morbilidade materno fetal, estando na origem de varias complicações nomeadamente, a prematuridade, a restrição de crescimento fetal, a morte fetal ou perinatal, o descolamento de placenta, a rotura uterina, as hemorragias entre outras.

Alguns autores (Rezende, Roura, Branden etc.) defendem que a elevação da pressão arterial se deve a factores de risco independentes, lineares ou contínuos para doenças cardiovasculares, porém, muitas vezes a hipertensão na gravidez está relacionada com antecedentes familiares de hipertensão arterial existindo ainda estudos¹ que comprovam que a idade, a etnia, os factores socioeconómicos, o sal em excesso na alimentação e a obesidade, poderão também ser consideradas factores que causam a hipertensão arterial na gravidez.

A perfeição técnica e científica do enfermeiro e a constituição de uma equipa multidisciplinar para a prestação de todos os cuidados requeridos por uma gravidez, contribuem muito para a detecção precoce da hipertensão na gravidez, garantindo um adequado acompanhamento e proporcionando a melhoria da qualidade de vida às grávidas.

No decorrer do desenvolvimento do presente tema, pretendemos explicar a importância das intervenções direccionadas á grávida hipertensa, realçando a importância de intervenções de enfermagem diferenciadas e específicas.

A escolha deste tema reside no facto de ser uma área que nos desperta interesse, bem como termos constatado, através dos estágios, que esta é uma das patologias obstétricas de maior incidência e vários outros aspectos fazerem com que o estudo do tema seja de

¹ Factores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez, realizado por Santos et al.

extrema relevância, pois de realçar que a hipertensão na gravidez, é considerada uma das intercorrências clínicas mais comuns durante a gravidez.

Verificámos, ao longo de alguma pesquisa bibliográfica já feita sobre o tema, que alguns autores dão maior ênfase aos cuidados médicos do que aos cuidados de enfermagem. No entanto nos estágios realizados no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista (CSR BV), pudemos concluir que o enfermeiro acompanha mais a grávida do que o próprio médico e pelo facto de a nossa percepção actual ser de que o acompanhamento mais assíduo da parte dos enfermeiros, não acontece somente em Cabo Verde mas também em vários outros países quer seja pelo enfermeiro generalista de cuidados gerais quer seja pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, constituem também motivo de nosso interesse pelo desenvolvimento do tema.

Esta pesquisa de cunho científico, resulta da nossa vontade em conhecer melhor a Hipertensão na Gravidez e tendo em consideração que uma investigação é uma procura que implica hesitações, desvios e incertezas, procuramos escolher um fio condutor tão claro quanto possível, formulando a seguinte pergunta de partida: *Os cuidados de enfermagem são imprescindíveis para a minimização do risco materno-fetal em grávidas hipertensas?*

Perante esta pergunta de partida definimos o seguinte objectivo geral:

- Adquirir e aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem a mulheres grávidas hipertensas.

Os objectivos específicos pretendidos são:

- Aprofundar os conhecimentos sobre hipertensão na gravidez através da revisão bibliográfica;
- Compreender a importância das intervenções de enfermagem de vigilância a grávidas com hipertensão;
- Conhecer e reflectir sobre os cuidados de enfermagem prestados às grávidas hipertensas no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista;
- Elaborar um folheto informativo para grávidas com hipertensão.

Para atingir esses objectivos específicos delineamos as principais actividades a desenvolver ao longo deste trabalho, nomeadamente:

- Descrever a fisiopatologia de hipertensão na gravidez e possíveis complicações materno-fetal;
- Conhecer a realidade do centro de saúde acerca desta problemática, nomeadamente incidências, normas e protocolos de procedimentos;
- Identificar as intervenções de enfermagem adequadas a grávidas hipertensas e as realizadas no centro de saúde.
- Debruçar sobre aspectos como o Cuidar, para desenvolver conhecimentos e competências que no futuro permitam prestar cuidados de enfermagem de qualidade às mulheres grávidas hipertensas e suas famílias.

Procuramos com este trabalho dar o nosso contributo de cunho científico para a comunidade de enfermagem, tendo sido estruturado em cinco capítulos, assim distribuídos:

Capítulo I – Introdução: onde é feito o enquadramento do tema, a justificação e a motivação para o seu desenvolvimento, a formulação da pergunta de partida, a definição dos objectivos e também onde se apresenta a própria estrutura.

Capítulo II – Metodologia: parte do trabalho onde é retratado os procedimentos metodológicos utilizados para a realização de todas as pesquisas que conduziram à elaboração e desenvolvimento deste trabalho.

Capítulo III – Revisão Bibliográfica: trata-se de uma revisão da literatura sobre a temática da hipertensão na gravidez e bem como sobre os cuidados de enfermagem.

Capítulo IV – Cuidados de Enfermagem no CSRBV: trabalho de campo no Centro CSRBV, apresentando o Centro e as rotinas de atendimento da equipa de enfermagem, fazendo uma análise das entrevistas realizadas e dos registos aí existentes sobre os casos da hipertensão na gravidez, apresentando os cuidados de enfermagem às grávidas hipertensas.

Capítulo V – Conclusão: onde além da apresentação das conclusões, procurou-se manifestar algumas preocupações face às limitações desta pesquisa e propor as sugestões possíveis para futuros estudantes do curso que pretendem aprofundar mais sobre a hipertensão na gravidez.

II - METODOLOGIA

No intuito de resolver problemas ligados aos fenómenos do mundo real, bem como produzir e adquirir conhecimentos numa determinada área, o ser humano é forçado a recorrer á chamada investigação científica.

Um trabalho de natureza científica requer a definição e a explicitação prévia dos procedimentos metodológicos de modo a orientar os passos do pesquisador e facilitar a compreensão do processo por parte daqueles que cessarão o resultado do esforço empreendido ou mesmo que pretendem percorrer caminhos semelhantes ou não (Quivy *et al*, 1998:12).

A metodologia é de grande relevância numa pesquisa científica, uma vez que é uma etapa preponderante para alcançar os objectivos propostos.

Para Denker, (2001:18), a metodologia é “a maneira correcta como se busca o conhecimento e o que fazemos para atingir esse conhecimento de maneira racional e eficiente, está relacionada com os objectivos e a finalidade do projecto e deve descrever todos os passos que serão dados para atingir o objectivo proposto.

Para o desenvolvimento do presente trabalho, consideramos como sendo mais apropriada a utilização de uma abordagem Qualitativa Descritiva, que além de possibilitar a obtenção de dados descritivos mediante contacto directo e interactivo com os diversos sujeitos do objecto de estudo, permite entender os fenómenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, o pesquisador consegue estabelecer a sua interpretação e descrever os factos estudados.

Na perspectiva de Fortin (2000):

“o método de investigação qualitativo implica o interesse de uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno a estudar. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. A abordagem qualitativa pretende descrever ou interpretar mais do que avaliar.”

Os métodos qualitativos têm um papel importante no campo da investigação quando se pretende conhecer as características de uma determinada realidade, daí termos optado por uma metodologia qualitativa do tipo descritivo, com a finalidade de interpretar as

intervenções de enfermagem no caso da hipertensão da gravidez e apresentar a realidade dessas intervenções no CSRBV.

Assim este estudo é descritivo, pois identifica, compreende e descreve os procedimentos adoptados pelos Enfermeiros para atender as Grávidas com HTA e nesta base a pesquisa será realizada, toda ela suportada por informações tipo teórico, empírico e metodológico.

As informações teóricas foram obtidas através de bibliografias consultadas, exploradas, ou seja, dizem respeito aos modelos, teorias e quadros conceptuais que estão na base do problema de investigação (dados secundários). As informações empíricas provém de trabalhos já realizados, os quais mostram o estado actual do conhecimento nessa área, enquanto que as informações metodológicas são aquelas obtidas por meio de entrevistas, questionários ou outros meios possíveis.

Optou-se inicialmente por fazer o levantamento em fontes bibliográficas como livros, revistas, jornais, dissertações, teses, artigos de opinião e outras informações relevantes consultadas na internet. Essa etapa além de permitir melhorar os conhecimentos genéricos sobre o tema desenvolvido, facilitou muito a etapa posterior, permitindo o aprofundamento de estudos dos assuntos específicos.

Na fase seguinte, visando a obtenção das informações sobre as Intervenções de Enfermagem no CSRBV, quando da Hipertensão na Gravidez, procurou-se levar a cabo uma árdua pesquisa de campo, baseada em observações.

Segundo Marconi e Lakatos (2008:188), a “pesquisa de campo é aquela utilizada com o objectivo de obter informações e/ou conhecimentos acerca de um dado problema, para a qual procura-se uma resposta, ou hipóteses, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenómenos ou relações entre eles. Consiste na observação de fatos e fenómenos tal como ocorrem espontaneamente, na colecta de dados a eles referentes e no registo de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los”.

Para Quivy, *et al*, (1988: 19), a observação engloba o conjunto das operações através dos quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos, confrontado com dados observáveis e pode ser subdividida em observação directa, aquela em que o investigador

procede directamente a recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados e observação indirecta, aquela em que o investigador dirige-se ao sujeito para obter informações por meio de instrumentos como o questionário e o guião de entrevista.

A entrevista devidamente preparada para a recolha de dados constitui um importante instrumento de suporte ao processo.

Denker (2001: 137) define a entrevista como sendo uma comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, com um grau de estruturação previamente definido, cuja finalidade é a obtenção de informações de pesquisa.

Na metodologia utilizada, a observação directa revelou-se insuficiente para a obtenção de toda a informação pretendida, pelo que procurou-se complementá-la recorrendo à observação indirecta, através de duas entrevistas, junto de duas das quatro Enfermeiras do sector maternal do CSR BV. As entrevistas foram do tipo semi-directiva para a qual foi elaborado um guião de perguntas, não inteiramente abertas e nem com um grande número de perguntas precisas, procurando conceder, uma certa liberdade e abertura às entrevistadas para expressar.

Para o tratamento e análise de dados obtidos através da observação directa, ou seja as recolhidas nos livros de registos das consultas de pré-natal em uso no CSR BV, foi utilizada a Folha de Cálculo, Microsoft Excel, sendo as interpretações dos resultados feitas através de uma análise descritiva, com base em gráficos.

Para Rudío (2008, p. 55-7) a questão fundamental na pesquisa descritiva é que nesta modalidade o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la. Os dados obtidos para análise e interpretação podem ser quantitativos, quando expressos mediante símbolos numéricos, ou qualitativos, utilizando-se palavras para descrever o fenómeno.

Esta pesquisa enquadra-se como sendo qualitativa, pois existe uma preocupação maior com o significado dos dados recolhidos do que com a sua quantidade.

Bogdan (apud TRIVIÑOS, 1987, p. 127) indica algumas características a serem tomadas como básicas, para uma pesquisa qualitativa e consideradas como reais, para o presente estudo, a saber:

- a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte directa dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- a pesquisa qualitativa é descritiva;
- os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;
- o significado é a preocupação essencial da abordagem qualitativa.

De acordo com o exposto, a escolha do método Qualitativo Descritivo para o desenvolvimento deste trabalho, justifica-se pelo facto de não apenas se pretender sumarizar dados qualitativos numericamente, obtidos através de observações directas e indirectas e representados graficamente para uma melhor interpretação, mas principalmente pela descrição e explicação das intervenções de enfermagem no CSRBV, quando dos casos da hipertensão na gravidez durante as consultas do pré-natal.

III – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. A CONCEPÇÃO DA VIDA

O nascimento trata-se de um evento natural, que com o passar do tempo sofreu inúmeras transformações, onde passou a ser comemorado como um facto marcante na vida da parturiente e de todos que a cercam.

Segundo Filho et all (2006:20) a gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra a gravidez é necessário que o óvulo, gameta feminino, seja fecundado pelo espermatozoide, gameta masculino. O resultado dessa fecundação dá origem ao zigoto, que após várias mitoses se transforma no embrião. Quando esse embrião chega ao útero, ele se fixa na parede uterina em um processo que conhecemos como nidação, que ocorre geralmente no 7º dia após a fecundação. Assim que ocorre a nidação, tem-se o início da gravidez, também chamada de gestação. Na espécie humana, a gravidez dura aproximadamente nove meses ou cerca de 40 semanas.

Campos (2000:15) diz que a gravidez pode ser encarada como um processo que se associa com transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ininterruptamente. É um momento de crise e de crescimento que pode ser extremamente enriquecedor para a mulher.

A gravidez é uma face muito especial para as mulheres, pois no decorrer desse processo varias são as modificações, ou seja, o corpo da mulher vai-se alterando para acolher o feto, cujo desenvolvimento normal decorre num período de 9 meses.

Para Santos e Cardoso (2010: 26-27):

A gravidez é considerada, uma experiência gratificante e excitante, na vida da mulher e também uma fase de grandes transformações psicológicas e físicas, que envolvem mudanças e adaptações da grávida, do companheiro e da respectiva família. Assim, compreender o processo de gravidez e as necessidades de adaptação a esta, torna-se essencial, para os profissionais de saúde, para a família, e para a própria grávida, para que esta viva em pleno a sua gravidez.

É de extrema importância prestar cuidados de qualidade quando se trata de uma mulher grávida, porque isso significa ter uma gravidez saudável e garantindo assim o bem-estar materno-fetal.

Citando Lowdermilk, Perry e Bobak (2002:199) “ uma gestação saudável é meta do cuidado materno, com um resultado fisicamente seguro e emocionalmente satisfatório para a mãe, para criança e para a família”.

“As adaptações fisiológicas maternas são atribuídas às hormônios da gravidez e as pressões mecânicas provocadas pelo aumento do útero e de outros tecidos. Essas adaptações protegem o funcionamento fisiológico normal da mulher, preenchem as demandas metabólicas que a gravidez impõe ao seu desenvolvimento e proporcionam um ambiente nutritivo para o desenvolvimento e para o crescimento fetais” (Lowdermilk, et al.; 2002: 201),

Santos (2004: 47) considera que,” as alterações fisiológicas são necessárias e de extrema importância para a mulher e para a própria gravidez, pois fazem com que a mulher se adapte á nova fase de sua vida”.

Para a maioria das mulheres, a gravidez representa uma face da vida e não uma doença, mas entretanto, existem mulheres que vivenciam problemas significativos durante a gravidez, em função das diferentes patologias, que de uma forma ou outra poderão afectar a sua saúde obstétrica. Uma dessas patologias é a hipertensão na gravidez, considerada como sendo uma das que mais efeitos nocivos provocam no organismo materno, fetal e neonatal.

“O período gestacional demanda novas formas de equilíbrio diante das mudanças inerentes a esta fase. Essas mudanças estão relacionadas aos ritmos metabólicos e hormonais e ao processo de integração de uma nova imagem corporal. Essas alterações têm repercussões tanto na dimensão física, quanto na emocional” (Araújo et all, 2012:553).

O enfermeiro tem que estar apto para explicar quais são as modificações físicas e psicológicas que ocorrem, para que as mulheres e família possa distinguir os sinais e sintomas de uma gravidez normal ou de risco, evitando assim complicações futuras.

Burroughs (1995: 66) realça que, “para promoção da saúde e a prevenção de complicações durante a gestação, a enfermeira e os outros profissionais devem entender as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nesse período”.

Ainda Burroughs (1995: 66) aponta que, “com esses conhecimentos, ela pode desenvolver planos de cuidados de saúde adequados que incluem diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem relacionadas às mudanças corporais e condutas adequadas. O autocuidado da paciente deve fazer parte do plano”.

Vários são os sinais que indicam uma gravidez, conforme Burroughs (1995:67):

É importante diagnosticar ou confirmar a gestação de uma mulher. Muitos sinais característicos de gestação dividem-se em três categorias: (a) sinais de presunção, que sugerem a gestação; (b) sinais de probabilidade, que indicam que existe uma provável gestação, e (c) sinais de certeza, que confirmam a gestação. Os três sinais positivos são os únicos que confirmam um diagnóstico de gestação. É importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem aparecer também em outras circunstâncias.

De acordo com Lowdermilk, Perry e Bobak (2002:201) estes sinais categorizam em:

- Sinais de presunção, as mudanças sentidas pela mulher (amenorreia, fadiga, náuseas e vômitos.);
- Sinais de probabilidade, as mudanças observadas por quem examina (o sinal de Hegar, o rebote, os testes de gestação);
- Sinais de certeza, sinais atributos apenas á presença do feto (audição dos batimentos fetais, visualização do feto e palpação dos seus movimentos).

Os profissionais de saúde devem assumir o papel de maior intervenção, contribuindo deste modo para a melhoria dos cuidados de saúde e da qualidade de vida da grávida, devendo para tal saber agir com autenticidade e maturidade relativamente aos fenómenos relacionados com a gravidez.

2. PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS

No decorrer de uma gravidez podem surgir patologias obstétricas e consequentemente riscos materno-fetal. Descrevemos a seguir, as patologias obstétricas mais comuns segundo Soares Filho et al, (2006: 89-101):

2.1. HIPERÊMESE

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da grávida, ocasionando desde a desidratação e oligúria à perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos). Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno. Pode também estar associada à gravidez múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh.

Existem outros motivos que podem levar a vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastadas, tais como: úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese Gravídica.

2.2. SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são:

- **Primeira metade:** aborto, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, mola hidatiforme;
- **Segunda metade:** placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

Aborto: É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o feto pesa menos de 500 g. O aborto é dito precoce quando ocorre até a 13ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semana.

Ameaça de aborto ou aborto evitável: Presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio)

Descolamento cório-amniótico: Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultra-sonográfico. A evolução em geral é boa, não representando quadro de risco materno e/ou ovular. A conduta é conservadora e, basicamente consiste no esclarecimento à gestante.

Gravidez ectópica: Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina. A mulher, frequentemente, apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo-ventre.

Mola hidatiforme: É um tumor usualmente benigno invulgar que se desenvolve a partir de tecido placentário em fases precoces de uma gravidez em que o embrião não se desenvolve normalmente. A mola hidatiforme, que se assemelha a um punhado de pequenos bagos de uva, é causada por uma degeneração das vilosidades coriônicas (projeções minúsculas, semelhantes a dedos, existentes na placenta). Desconhece-se a causa da degeneração. O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas.

Placenta prévia: Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres multíparas e com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco.

Descolamento prematuro da placenta: É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto. Ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gravidezes, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

2.3. ANEMIA

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dl (OMS,1974). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis nas grávidas.

2.4. DIABETES MELLITUS NA GRAVIDEZ

O diabetes mellitus é um distúrbio endócrino do metabolismo dos carboidratos, resultantes da produção e do uso inadequado da insulina. Especialmente, é devido ao funcionamento defeituoso das ilhotas de Langerhans, glândulas sem ducto do pâncreas, que resulta na produção deficiente de insulina.

Trata-se de uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção do endotélio.

As consequências do diabetes mellitus a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A gravidez constitui um momento oportuno para o rastreamento do diabetes e pode representar a grande chance de detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher.

2.5. INFECÇÃO PUERPERAL

A infecção puerperal é um processo que desenvolve no trato genital depois do parto, embora possa ocorrer em qualquer fase do puerpério, mas em geral acontece nos primeiros dez dias após o nascimento. Trata-se de uma das causas de mortalidade materna, fetal e neonatal. Durante o período intraparto, as infecções são mais frequentes nas pacientes com parto prematuro, ruptura precoce das membranas, febre ou feto morto. Alguns factores podem predispor a grávida às infecções no período intraparto, nomeadamente a obesidade, anemia profunda, higiene precária, diabetes descompensado, doença renal ou respiratória crónica e resposta imune deprimida. As infecções pré-natais principais podem ser bacterianas ou virais e causadas por microrganismos como estreptococos beta-hemolíticos do grupo B, herpes vírus simples, vírus da hepatite B, clamídia e outros agentes etiológicos das doenças sexualmente transmissíveis.

Algumas consequências das infecções maternas perduram toda a vida tais como a infertilidade e a esterilidade.

2.6. TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo, aquela cuja duração encontra-se entre 22 a 37 semanas. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro, devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gravidez, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade. O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%. O Trabalho de Parto Prematuro frequentemente é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana.

2.7. HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ

Complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal e segundo dados da OMS, ocorrem em cerca de 10% de todas as gravidezes. A hipertensão arterial na gravidez classifica-se em: Hipertensão arterial crônica, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada, Hipertensão da gravidez e Hipertensão transitória.

3. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Para a maioria das mulheres, a gravidez representa uma fase da vida e não uma doença, entretanto, existem mulheres que vivenciam problemas significativos durante a gravidez, o que pode afectar a qualidade da sua vida ao longo desse período. Um desses problemas é a hipertensão na gravidez.

“ O termo hipertensão na gravidez define a circunstância em que ocorre elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão pré-existente. Esta condição parece ser preditiva do desenvolvimento posterior de hipertensão essencial e tende a recorrer em gestações subsequentes” (Pascoal, 2002:257),

A hipertensão arterial (HTA) na gravidez constitui um problema clínico cuja abordagem é ligeiramente diferente da utilizada na população não grávida. Tal deve-se á necessidade de considerar duas entidades clínicas adicionais: a pré-eclâmpsia e a HTA gestacional.

Dois tipos básicos de hipertensão ocorrem durante a gravidez: hipertensão crónica e hipertensão induzida pela gravidez. Segundo Marques (2006:37) ” a hipertensão induzida pela gravidez é a elevação da pressão arterial que existe exclusivamente durante a gravidez. O diagnóstico ocorre geralmente após as 20 semanas da gravidez quando em pelo menos duas leituras de pressão arterial separadas por seis horas, se verificam valores de 140/90 mmHg ou superiores.”

Entre todos os tipos encontrados o que mais chama a atenção dos profissionais da saúde é a que surge na segunda metade da gravidez e que desaparece no término do estado gravídico, onde se enquadra a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).

O termo hipertensão na gravidez cobre uma variedade de distúrbios geralmente divididos em dois grupos: distúrbios hipertensivos crónicos (Hipertensão crónica ou Pré-eclâmpsia/eclâmpsia superposta) e hipertensão gestacional ou hipertensão induzida pela gestação (hipertensão transitória, proteinúria gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia) (Lowdermilk, Perry e Bobak 2002:649).

O *Americian College of Obstetricians and Gynecologists* aceita os seguintes termos para descrever a hipertensão gestacional: hipertensão crónica, pré-eclâmpsia, hipertensão

induzida pela gravidez, hipertensão crónica com pré-eclâmpsia superposta e hipertensão transitória (Branden, 2000: 136).

Para melhor compreensão da síndrome hipertensiva específica da gravidez é preciso realçar alguns conceitos pertinentes, bem como, a sua apresentação clínica de acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists*.

- **Hipertensão crónica:** De acordo com Lowdermilk, Perry e Bobak (2002:651) “a hipertensão crónica é definida como hipertensão presente antes da gestação ou diagnosticada antes da vigésima semana. A hipertensão que persiste mais do que 6 semanas após o parto, também é classificada como hipertensão crónica”. Hipertensão diagnosticada em qualquer fase da gravidez, mas que persiste além de seis semanas após o parto, é também considerada hipertensão crónica.

Para Campos et al (2008:93), tensão arterial sistólica (TAS) $\geq 140\text{mmHg}$ e/ou tensão arterial diastólica (TAD) $\geq 90\text{mmHg}$ pré-gestacional ou com aparecimento antes das 20 semanas, TAS $\geq 140\text{mmHg}$ e/ou TAD $\geq 90\text{mmHg}$ após as 20 semanas e persistente além de 12 semanas pós- parto é também considerada como sendo hipertensão crónica.

- **Hipertensão induzida pela gravidez:** É uma doença subtil e insidiosa cujos sinais e sintomas aparecem relativamente tardios no curso da doença, usualmente durante o 3º trimestre. Contudo, as alterações fisiológicas podem estar presentes a partir das oito semanas de gravidez (Marques 2006:37). Este atraso entre as manifestações clínicas, sinais e sintomas e o início da patologia hipertensiva pode colocar a grávida e o feto vulneráveis. Estando a hipertensão induzida pela gravidez (HIG) identificada a sua classificação será feita de acordo com os órgãos afectados.
- **Hipertensão crónica com pré-eclâmpsia superposta:** pode ocorrer em mulheres com hipertensão pré-existente e, em tais casos, o prognóstico para a mãe e o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente. O diagnóstico é feito quando há aumento da pressão arterial (30mmHg sistólica ou 15mmHg diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação (Pascoal, 2002:257).

- **Hipertensão transitória:** consiste no desenvolvimento de hipertensão durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas pós-parto, sem outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão pré-existente. A presença de hipertensão transitória pode ser uma previsão do eventual desenvolvimento da hipertensão essencial.
- **Pré-eclâmpsia:** Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002:649), “a pré-eclâmpsia, uma condição específica da gestação na qual a hipertensão desenvolve-se após as 20 semanas de gestação numa mulher previamente normotensa, é um processo de doença multissistêmico, vasoespástico, caracterizado pela hemoconcentração, pela hipertensão e pela proteinúria. O diagnóstico da pré-eclâmpsia baseia-se tradicionalmente na presença de hipertensão com proteinúria, no edema patológico ou ambos. A pré-eclâmpsia pode ser caracterizada como leve ou como grave”.

A DHEG caracteriza-se pela tríade sintomática: hipertensão, edema e proteinúria. O aparecimento dessas manifestações, em grávida normotensa, ou a agravamento de quadro hipertensivo, após 20 semanas, sugerem, obrigatoriamente, a suspeita da pré-eclâmpsia (Rezende, 2000:688).

Estes sinais, em geral, são os primeiros a se manifestar. Progressivamente, com a intensificação do quadro, surgem sintomas relacionados a perturbação cerebral, visuais, gastrintestinais e renais (Rezende, 2000:688).

Para Zanotti, Zambom e Cruz (2009:4) a pré-eclâmpsia leve é definida quando existe hipertensão com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema que não cede com repouso, e apresenta início súbito, ou ainda quando há um ganho de 500g ou mais por semana.

Na pré-eclâmpsia grave, a pressão arterial é tida com valor maior ou igual a 160/110 mmHg, ou com qualquer outro sinal como cefaleia, alterações visuais, náuseas, vômitos e dor abdominal (normalmente acima do umbigo), falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas (Zanotti, Zambom e Cruz 2009:4-5).

Para que seja possível avaliar a gravidade da pré-eclâmpsia, deve-se considerar além dos níveis da pressão arterial, a presença de: retardo do crescimento intra-uterino; o descolamento da placenta; a iminência de eclâmpsia; a eclâmpsia; o edema agudo do pulmão; a cianose; a icterícia; a oligúria, a proteinúria; a creatinina plasmática; a anemia hemolítica; a elevação das enzimas hepáticas e a plaquetopenia grave.

De acordo com Branden (2000:136) “o distúrbio hipertensivo pode resultar directamente da própria gravidez ou preceder a gestação e ser secundária a uma doença cardiovascular ou renal”.

Citando Rezende (2000:669):

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) surge, em geral, no terceiro trimestre da gravidez e caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria. A hipertensão pode ser precedida pelo edema visível ou oculto (aumento brusco de peso) e, excepcionalmente, por discreta proteinúria (traços ou menos de 0,5%). Entretanto é a elevação da pressão arterial além de 140×90 mmHg ou aumento dos níveis tensionais em 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a pressão diastólica, o principal elemento para a identificação da entidade. Tais aumentos devem ser comprovados pelo menos duas vezes dentro de 6 horas.

Para Roura (2003:620), “os estados hipertensivos da gravidez são uma das complicações com maior repercussão na saúde materna. Continua sendo uma das primeiras causas de morbilidade potencialmente graves, geralmente transitória (...)” e, segundo Rezende (2000:669), incidindo em cerca de 6 a 8% das primigestas, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) responde ainda, por elevada morbimortalidade perinatal (5-20%) e, ao lado da infecção puerperal e das síndromes hemorrágicas, é considerada como uma das três principais patologias responsáveis pela morte materna, no decurso do ciclo materno puerperal.

No que se refere a assistência de enfermagem, um dos objectivos principais no período pré-natal, é a detecção precoce de sinais de doença hipertensiva, antes que evolua, para pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HEELP (H- Hemólise, EL- elevação das enzimas hepáticas, LP- contagem baixas de plaquetas).

Para Branden (2000: 136-137):

Existem duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não-convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação) e eclâmpsia (forma convulsiva que incide entre a 20ª semana de gestação e o final da primeira semana após o parto). Essa síndrome pode desenvolver-se em qualquer ocasião a partir da 20ª semana de gravidez ou no período puerperal imediato. A pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia pode ser complicada por uma síndrome descrita pelo acróstico HELLP (H- Hemólise, EL- elevação das enzimas hepáticas, LP- contagem baixas de plaquetas. As complicações maternas resultantes dessa síndrome podem ser a coagulação intravascular disseminada (CID), descolamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, edema pulmonar e hematoma hepático roto.

3.1. ETIOLOGIA E SINTOMAS DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Com os avanços das novas tecnologias adquiriu-se mais conhecimento sobre a fisiopatologia da DHEG, isso tem proporcionado melhor compreensão dos mecanismos que a desencadeiam e a agravam na gravidez, portanto consegue-se prestar cuidados de enfermagem, para além de diagnosticar e efectuar uma terapêutica mais eficaz, embora ainda se desconheça sua etiologia.

De acordo com Campos (2006:13), “são desconhecidas as causas na sua totalidade e a patofisiologia deste processo, contudo, sabe-se que a origem da lesão reside na placenta, existindo factores genéticos, imunológicos e factores circulantes que agravam o processo”. E ainda segundo esse mesmo autor, embora a causa seja multifactorial, pode ser considerada uma síndrome em que é comum a isquemia placentária e disfunção endotelial.

A causa que origina a hipertensão na gravidez permanece ainda desconhecida, entretanto sabe-se que alguns factores de risco podem pré dispor a grávida a desenvolver a hipertensão.

A hipertensão pode provocar varias alterações e disfunções, como alterações renais, ácido úrico, alterações hepáticas, hemodinâmicas e metabólicas, alterações funcionais, sanguíneas, redução de volémia, dos glóbulos vermelhos, diminuição da pressão plasmática, alterações bioquímicas, de coagulação, colesterol e triglicérides, alterações endócrinas, placentárias, entre outras.

A grávida pode também apresentar cefaleia frontal, perturbação visual, náuseas, vômitos, hiperactividade reflexa, oliguria (eliminação urinária diminuída), um nível elevado do hematócrito (devido á hemoconcentração e á hipovolémia), e dor epigástrica (Burroughs, 1995: 328).

É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento do significado da pressão arterial (PA) na gravidez, visto que sua elevação representa o indicador mais seguro do desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela HTA, e a incidência da eclâmpsia está em torno de 1% (Sousa, et al; 2009: 49).

Os distúrbios hipertensivos da gravidez variam em gravidade, bem como os achados clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante, para o controle das condições, pois como a grávida poderá sentir-se bem, dificilmente ela consegue entender a necessidade de controlo rigoroso e frequente para avaliação de seu estado de saúde.

3.1.1. Principais Sintomas

▪ Hipertensão Arterial

É o sinal mais frequente (100%) e o mais marcante. Consideram-se como limite da normalidade os valores de 140 a 90 mmHg, respectivamente, para as pressões sistólica e diastólica, entretanto para casos limítrofes, é necessário conhecer a pressão arterial anterior.

A linha basal da pressão sanguínea (ou pressão sanguínea normal) é, muitas vezes, desconhecida, porque muitas grávidas, principalmente as que procuram as clínicas de pré-natal, recorrem ao atendimento no final da gestação. É por esta razão que o nível estabelecido de 140/90mmHg para a pressão sanguínea é significativo. É muito importante lembrar que se não diagnosticada e tratada precocemente, pode evoluir para uma forma grave, possivelmente para uma eclâmpsia (Burroughs, 1995:328).

Na pré-eclâmpsia a pressão arterial em geral, não supera 180/110 mmHg, ultrapassado esses números, deve-se suspeitar de previa hipertensão, agravada ou não por processo toxémico.

De realçar que por vezes as grávidas não apresentam qualquer sintomatologia de hipertensão arterial (HTA) associado, porém, deve-se ter em atenção que a ausência de sintomas pode levar a grávida a uma complicação no momento do parto, evoluindo para uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

▪ **Edema**

O edema afecta aproximadamente 85% das mulheres com pré-eclâmpsia. Pode surgir subitamente, e pode estar associado a uma rápida velocidade de ganho ponderal. Todas as mulheres sem edema, e com edema de início precoce ou tardio, possuem uma incidência semelhante de hipertensão (Enkin 2005:41).

Vários factores têm sido invocados para explicar o edema no decurso de gestações aparentemente normais: factores hormonais, queda de pressão osmótica do plasma, aumento da pressão capilar e venosa e da permeabilidade dos capilares.

Sob a influência isolada ou concomitante desses elementos, anota-se a retenção hídrica no espaço intersticial. Em condições anormais, há insólito aumento ponderal que, enquanto não se exterioriza por edema declarado, tem o nome de edema oculto. Essa condição determina manifestações disestésicas das mãos (formigueiro), distensão da pele ao nível das pernas (aspecto de “casca de laranja”), cansaço fácil e deformação mais ou menos visível do nariz (traços grosseiros) (Rezende, 2000:689).

O edema da face e das mãos, entretanto, é um sinal de alerta, porque caracteriza o edema generalizado da hipertensão na gestação. Este sinal é, primeiramente, observado por um ganho de peso de mais do que 900g por semana (Burroughs, 1995:327).

Devem-se considerar duas formas de edema: o edema oculto e o edema visível. O primeiro caracteriza-se apenas pelo rápido aumento de peso: no segundo, além de comprovação do facto, a compressão de face anterior da perna determina formação de godé característico. Costuma-se classificar o edema em graus: na escala ascendente, ele atinge os membros inferiores do maléolo até a tíbia (+); estende-se às coxas e também aos membros superiores (++); alastra a todo o corpo excluindo as cavidades serosas (+ + +) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++). (Rezende, 2000:689).

- **Proteinúria**

A proteinúria é indicada como a perda de proteínas pela urina, sendo um sinal laboratorial muito importante principalmente se aparece associada à hipertensão, podendo denotar casos de pré-eclampsia.

Declara-se, geralmente, após o aparecimento da hipertensão. É achado comum na DHEG, mas, além das variações individuais, deve-se considerar a que ocorre na mesma grávida, nas diversas fases do dia (na dependência do vasoespasma dos capilares glomerulares), tratando-se de proteinúria, e não de albuminúria, pois na urina aparecem outras proteínas além da albumina (Rezende, 2000:689).

A excreção renal de proteínas aumenta na gravidez normal, e a proteinúria só é considerada anormal quando ultrapassa 300 mg em 24 h. A proteinúria geralmente é um sinal tardio nos distúrbios hipertensivos induzidos pela gravidez, e está associada a um aumento de risco de má evolução fetal. Assim, o exame de urina é parte vital do processo de rastreamento de distúrbios hipertensivos na gravidez (Enkin 2005:40).

A proteinúria demonstra redução da função urinária, o que é motivo de preocupação. Como limite clínico, aceita-se que grávidas normais possam apresentar proteinúria de até 0,6g nas 24 horas. A proteinúria pode ser discreta e até faltar; nas formas mais graves têm sido dosadas de 1 a 61 g/h. Na eclampsia, pode surgir a oportunidade de verificar 64 g/h (Rezende, 2000:689).

3.2. FACTORES PREDISPOENTES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Ainda são desconhecidas as causas específicas para o aparecimento da hipertensão na gravidez, assim sendo, é necessário identificar os factores de risco que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial.

- **Idade materna**

A incidência dessa condição é particularmente alta nas grávidas com menos de 17 e mais de 40 anos. As mulheres com mais de 40 anos têm incidência três vezes maior de hipertensão induzida pela gravidez, comparativamente com as grávidas de 20 a 30 anos.

Sousa, et al (2009:51) ressaltam que, a idade avançada materna têm sido objecto de numerosos estudos, pois segundo Decherney e Nathan (2003:211) a idade materna avançada aumenta os riscos de morbilidade e mortalidade maternas ou fetais. As adolescentes correm maior risco de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, restrição ao crescimento intra-uterino (RCIU) e desnutrição materna. As mulheres com 35 anos ou mais por ocasião do parto correm maior risco de hipertensão, diabetes e obesidade induzidos pela gravidez. O aumento do risco de parto cesáreo, pré-eclâmpsia e placenta prévia tem sido demonstrado entre as mulheres com idade materna avançada.

▪ **Primigesta ou Primípara**

A maioria das mulheres que desenvolve hipertensão induzida pela gravidez encontra-se grávida pela primeira vez. A maior incidência da toxemia acontece nas primigestas, cuja parede abdominal é mais resistente que a das múltiparas (Rezende, 2000:687).

Roura (2003:620) cita que, quando o intervalo entre primeira e segunda gravidez é superior a 10 anos, o risco é similar outra vez ao de uma primigesta.

▪ **Gravidez Múltipla**

A incidência da hipertensão induzida pela gravidez aumenta com o número de fetos (Branden, 2000:138), pois é pacífica a observação de que a DHEG é mais frequente nas gestações múltiplas. A gestação múltipla apresenta risco cinco vezes maior que a gestação simples (Sousa, et al; 2009:52).

Do estudo realizado sobre Gravidez Trigemelar por Torloni et al (2000:413) constatarem que, “ao todo 15 pacientes (83,3%) ficaram internadas entre 1-50 dias antes do parto (média 21,9 dias + 18,2), sendo um terço por até 7 dias e um terço por > 30 dias. Os motivos foram trabalho de parto prematuro (TPP) inibido (5 casos), pré-eclâmpsia grave (4), cérvicodilatação silenciosa (3) e risco de rotura uterina devido ao antecedente de cesáreas (3).”

Segundo Melson, et al (2002:49), “as complicações maternas da gestação múltipla são acentuação do desconforto da gravidez, anemia, hidrâmio, hipertensão induzida ou agravada pela gravidez, placenta prévia (...), pois a assistência a mulheres com gravidez múltipla que desenvolvem hipertensão, pode ser particularmente importante, e deve seguir as recomendações de tratamento”.

▪ **Patologias associadas**

Qualquer situação ou doença que predisponha ao mau funcionamento do endotélio vascular (diabetes, obesidade, hipertensão crónica, dislipidemia, vasculopatias) ou sistema de coagulação (síndrome antifosfolípido, doenças auto-imunes e trombofilias) são factores de risco para pré-eclâmpsia (Roura, 2003:620).

“Mulheres hipertensas que desejam engravidar devem ser cuidadosamente avaliadas antes da concepção. A possibilidade de hipertensão secundária deve ser investigada, porque pacientes com doença renal, feocromocitoma ou hipertensão renovascular tem maiores riscos de complicações durante a gravidez” (Pascoal, 2002:258).

Segundo o mesmo autor a evolução é favorável na maioria dos casos de hipertensão essencial leve a moderada, mas há riscos de pré-eclâmpsia superajuntada e outras complicações, se doença renal, diabetes ou colagenose estiverem associadas.

▪ **Doença Trofoblástica Gestacional (DTG)**

Pode ser dividida em dois grupos: mola hidatiforme e neoplasia trofoblastica gestacional. A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) costuma aparecer antes da 20ª semana de gestação, caso esteja associada á DTG (Branden, 2000:135), pois numerosas publicações referem a ocorrência maior e mais precoce da DHEG, na vigência da mola hidatiforme primeira metade da gestão (...) observações pessoais, nos casos de mola hidatiforme, a incidência da DHEG, em primigesta, atinge a cifra de 30%”.

▪ **Hereditariedade**

Quanto à hereditariedade, há uma tendência familiar de incidência de pré-eclâmpsia, cerca de quatro vezes maior em filhas de mães que apresentaram essa síndrome do que na população geral. Quando uma mulher sofre de pré-eclâmpsia, suas parentas próximas terão eclâmpsia durante uma primeira gravidez, diminuindo o risco na gravidez posterior, mas desde que as crianças sejam do mesmo pai (entra em acção um mecanismo de acomodação do organismo materno aos antígenos de origem paterna) (Sousa, et al; 2009:52).

▪ **Raça e Nível Socioeconómico**

Essa predisposição pode ser devida a um único gene recessivo (Branden, 2000:138). O segundo grande factor parece ser a raça. As pacientes negras têm um risco superior de

desenvolver pré-eclâmpsia. Bem como o nível socioeconómico e a influência genética, pelo que no momento não existe hipótese claras (Roura, 2003:620).

Em relação ao nível socioeconómico, de realçar que quanto mais baixo, maiores as deficiências nutricionais e mais precária a assistência durante o período pré-natal e quanto à raça, a incidência é mais elevada nas grávidas negras (Sousa et al; 2009:49).

Segundo Lavinha (2006:30) possuir bons hábitos alimentares deve fazer parte de estilos de vida saudáveis e é fundamental para qualquer mulher que pense engravidar. Mulheres com excesso de peso devem ser incentivadas antes da gravidez a perder peso, não só para facilitar a concepção, mas também devido ao aumento de complicações na gravidez (HTA, diabetes) entre outras.

A actividade física traz muitos benefícios, desde o queimar calorias, ao efeito hipotensor do exercício aeróbio. Para se obter resultados, o exercício físico deve ser essencialmente aeróbio, não sendo necessário ser de grande intensidade, mas deve ser regular.

▪ Deficiência Dietética de Cálcio

A incidência da hipertensão induzida pela gravidez é menor quando a grávida recebe suplementos de cálcio. Nos países subdesenvolvidos, a população carece de importantes factores nutricionais, pela existência de deficit crónicos de elementos essenciais no funcionamento normal endotelial, como o cálcio, ou numerosas enzimas que regulam a função endotelial e a coagulação. Esses défices nas mulheres, parecem ser factores que poderão explicar as elevadas incidências de pré-eclâmpsia.

3.3. RISCOS E COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal

As complicações e os riscos afectam tanto a mãe como o feto, e consequentemente aumenta o risco de mortalidade e morbilidade (pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP, descolamento de placenta normalmente inserida, CIUR etc.) de ambos.

As sequelas fetais e neonatais são mais difíceis de determinar, visto que algumas sequelas de morbidade e mortalidade no período do pré-natal da doença hipertensiva estão relacionadas com o retardo do crescimento intra-uterino e com o sofrimento fetal agudo ou crónico. Isso pode ter efeitos a longo prazo sobre o SNC. Em suma, a taxa de mortalidade das grávidas com doença hipertensiva é cerca de 10%, variando com o nível económico e a qualidade dos cuidados recebidos (Hacker e Moore 1994:122).

O desenvolvimento da Hipertensão Arterial na gravidez, do mesmo modo que em outros estados hipertensivos, é produzido por um aumento na resistência vascular.

De acordo com Burroughs (1995: 329):

“O primeiro distúrbio da doença hipertensiva específica da gestação é a vasoconstrição arterial periférica e o espasmo dos vasos, levando a alteração em diversas funções orgânicas maternas. O espasmo das arteríolas leva ao aumento do nível de pressão sanguínea e, finalmente, ao decréscimo do fluxo sanguíneo ao útero e à placenta. Uma alteração clinicamente significativa ocorre também nos rins. As modificações vasculares renais causam diminuição do fluxo sanguíneo renal, uma redução na velocidade de filtração glomerular e a consequência primária. As mudanças no sistema nervoso central podem incluir o edema cerebral, que provoca cefaleia e distúrbios de visão. Com o agravamento do problema, desenvolve-se a hiperactividade do reflexo patelar. As alterações hepáticas incluem aumento do fígado e da tensão na cápsula hepática. Essas alterações provocam dor epigástrica, podendo preceder a eclâmpsia”.

Como a origem dos riscos e complicações da hipertensão arterial na gravidez mais comuns, pode-se distinguir os seguintes:

3.3.1. Pré-eclâmpsia

É a hipertensão acrescida de proteinúria e edema, que ocorre principalmente nas nulíparas depois da 20ª semana de gravidez e com mais frequência próximo da final da gravidez. A pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 6% da população grávida geral, mas a incidência varia com a localização geográfica.

A pré-eclâmpsia pode estar associada a nascimento prematuro e complicações fetais devidas à prematuridade. Entre os riscos fetais está a insuficiência uteroplacentária, que pode ser aguda ou crónica. Nos casos mais graves, isso pode acarretar sofrimento fetal

durante o parto ou morte fetal. A insuficiência uteroplacentaria crônica aumenta ao risco de atraso do crescimento intra-uterino e oligoidrâminio (Decherney e Nathan, 2003:287).

3.3.2. Síndrome de HELLP

A síndrome de HELLP é uma doença multisistêmica que acompanha aos quadros severos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Se caracteriza pela presença de uma anemia hemolítica microangiopática (hemólise =H), uma disfunção hepática (enzimas hepáticas elevadas =E) e uma trombocitopenia (disfunção de plaquetas =LP) que pode progredir à coagulação intravascular disseminada.

Para Pascoal (2002:257):

“Uma variante da pré-eclâmpsia, denominada síndrome HELLP, constitui uma emergência que, na maioria das vezes, requer a interrupção da gravidez. Entrando, em pacientes apresentando apenas discreta elevação da pressão arterial, pequena diminuição do número de plaquetas, modesta alteração da função hepáticas e nenhuma alteração da função renal, uma conduta conservadora pode ser considerada, sabendo entretanto, que esta forma de pré-eclâmpsia pode evoluir rapidamente para uma condição ameaçadora, com intensa hemólise, alterações da coagulação e elevação descomunal (> 200 UI) dos níveis de transaminases”.

A morbiletalidade materna é elevada em centros subdesenvolvidos podendo ultrapassar 25%. Nesses casos os sinais evidentes de gravidade prognósticos são: náuseas-vômitos, dor pré-hepática, idade gestacional precoce e, as causas de morte têm sido: choque hemorrágico, infecção, hemorragia cerebral, insuficiência cardiopulmonar. A morbiletalidade perinatal relaciona-se, em particular, com a prematuridade e suas complicações.

3.3.3. Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida (DPPNI)

De acordo com Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999: 608) o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) ou placenta abrupta, é a separação de parte ou de toda a placenta do seu local de implantação. A separação ocorre na área da decídua basal, após a vigésima semana de gravidez, antes do nascimento do bebê.

Embora a causa primária do descolamento prematuro da placenta seja desconhecida, as seguintes condições relacionadas, podem contribuir para essa complicação: hipertensão

materna, cordão umbilical curto tracionando a placenta traumatismo externo, anomalia ou tumor uterino, ruptura prematura das membranas, tabagismo e uso de cocaína pela mãe.

3.3.4. Crescimento intra-uterino restrito (CIUR)

Não é difícil concluir que qualquer injúria ao crescimento e desenvolvimento fetais possa resultar em danos irreversíveis, o que denota a importância da patologia designado crescimento intra-uterino retardado (CIUR).

Quanto à etiologia, das causas conhecidas, sem dúvida, a hipertensão arterial materna destaca-se como a principal, embora ainda existam grandes dificuldades em se determinar os diferentes tipos de hipertensão durante o ciclo gravídico-puerperal. O diagnóstico dessa patologia é realizado pela congregação de dados clínicos e de propedêutica subsidiária. Dentre os primeiros, destaca-se a avaliação da altura uterina em relação à idade gestacional. Uma desaceleração ou queda em seu crescimento levam à suspeita de CIUR, sendo este elemento de aparecimento tardio (Ragonesi, Bertini e Camano, 1997:175).

A tabela 1 retrata de forma resumida, as complicações da hipertensão na gravidez a nível materno-fetal.

Complicações	Materna	Fetal-Ovular	Neonatal
Hipertensão	Alterações do sistema de coagulação. Hemólise	Aborto	Pequeno para a idade gestacional (PIG)
Diastólica ≥ 90mmhg	Hemorragia cerebral	Crescimento intra-uterino retardado (CIUR).	Pré-termo
Sistólica ≥ 140 mmhg	Insuficiência Hepática	Sofrimento fetal agudo intraparto	Síndrome de dificuldade respiratória.
	Insuficiência renal	Oligoâmnios	Depressão neonatal
	Deslocamento normoplacentário	Mortalidade aumentada	Mortalidade aumentada
	Mortalidade aumentada		

Tabela 1. Complicações materno-fetal

Fonte: Guia para a atenção continuada da mulher/recém-nascido; Autor: Fescina RH et al.

4. A ENFERMAGEM E O CUIDAR

O processo do cuidar existe desde o início da humanidade, sendo algo indispensável para a manutenção da vida. Primeiramente era prestado pelas mulheres que cuidavam da casa, dos filhos, maridos ou mesmo da comunidade, estando com saúde ou doença. Durante milhares e milhares de anos, a prática de cuidados que suportam a vida de todos os dias, esteve fundamentalmente ligada às mulheres. É ela que dá a luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana nos seus pormenores. O cuidar tem sido um imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida e das espécies.

“Desde que surge a vida surgem os cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os Homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir á vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do individuo, morte do grupo, morte da espécie “ (Collière, 1999: 27).

Ao longo de muitos anos, associações e profissionais de enfermagem, em todo o mundo trabalharam incansavelmente para promover cuidados de enfermagem de qualidade. A Enfermagem nasce como a profissão que cuida do ser humano doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais que se integra, de forma que recuperem e mantenham a saúde ao mais alto nível.

A Enfermagem é uma ciência que lida com seres humanos, que tem por base cuidar, e quando se presta os cuidados de enfermagem é necessário uma visão holística, sendo que esses cuidados devem ser de acordo com a cultura e a sociedade, pois cada individuo tem um conceito muito próprio sobre a saúde, a doença e o cuidar. Na sua essência, o cuidado em enfermagem deve ser considerado não apenas como uma tarefa a ser executada no sentido de tratar uma ferida ou auxiliar na cura, mas sim, num sentido mais amplo, como um cuidado por meio do “relacionamento com o outro, com interesse e carinho”.

De acordo com Potter e Perry (2006: 446) “o cuidar é um fenómeno universal que influencia a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos em relação aos outros”, já Collière (1999:235) define que “cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

Segundo Bollander (1998:6):

“Hoje, a enfermagem é um campo dinâmico, enriquecido pelas profundas mudanças na sociedade e nos cuidados de saúde [...]. A imagem de enfermagem tem variado ao longo da nossa história. Como profissão na sociedade actual, a enfermagem tenta clarificar e melhorar a sua imagem, para que o trabalho e os profissionais possam receber um justo reconhecimento quer do sistema de cuidados de saúde quer da sociedade em geral”.

Com o desenvolvimento da ciência, a enfermagem veio a surgir para dar resposta às várias necessidades ou demandas, que os seres humanos precisavam para manter a saúde e recuperar da doença.

De acordo com Crivaro, Almeida e Souza (2007: 249):

“A enfermagem, então, passa por profundas mudanças, buscando uma outra maneira de cuidar. Procura se afastar do assistencialismo e vislumbra um novo horizonte repleto de possibilidades, como, por exemplo, o cuidar que preserva o indivíduo na sua singularidade, integralidade e seu contexto de vida. Para dar forma a esse modo de ser e agir, retoma aspectos intrínsecos, tais como a solicitude, a sensibilidade, o contacto, a relação terapêutica, re-criando seus contornos com o traço marcante do artista que se redescobre”.

Pode-se afirmar que a Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento ímpar de cuidado. É uma actividade humana e cooperativa, socialmente estabelecida. Humana por ser executada por seres humanos e dirigida a seres humanos, cooperativa porque carece de grande sentido de união entre todos os seus profissionais e porque o necessitado de cuidados é co-responsável e co-prestadora desses cuidados.

O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações ocasionais pela doença e suplementá-la se essas capacidades forem insuficientes. Assim a enfermagem tem como base essencial o cuidar e a prestação dos cuidados, é feita de acordo com as necessidades básicas fundamentais, actua no indivíduo, na família, bem como na comunidade dando apoio a nível primário, secundário e terciário, ou seja, actua orientando as pessoas na prevenção de doenças, promoção, manutenção e restabelecimento da saúde, nas diversas fases do ciclo vital de cada indivíduo. A prestação dos cuidados tem uma relação entre quem presta os cuidados (cuidador) e aquele que recebe os cuidados (o utente).

Em Portugal segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, para dar satisfação às necessidades humanas fundamentais e garantir a sua máxima independência na realização das actividades da vida.

O cuidar em enfermagem é um constructo articulado à realidade da assistência, incorporando concepções esquecidas voltadas ao zelo, e à preocupação, à medida que a profissão repensa e reformula os seus conceitos, (Crivaro, Almeida e Souza, 2007: 249):

“Para que o cuidado ocorra, é imprescindível que exista um outro ser, o que desenvolve as situações de cuidar. O cuidador promove o cuidado, que estabelece as condições para que o outro cresça, valorizando-o na expectativa de que se desenvolva por si mesmo, favorecendo oportunidades para demonstrar suas capacidades, o que pressupõe, envolvimento, afectividade, zelo, empatia, sinceridade e dedicação como partes essenciais do cuidar”.

Para compreender a natureza dos cuidados de enfermagem temos, pois, que os situar no único contexto que lhes dá todo o seu sentido, a seu real significado: o contexto da vida, ou mais exactamente, o contexto do processo de vida e de morte a que o homem, os grupos humanos são afrontados cada dia, em todo o desenrolar da sua existência.

Ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros de Portugal, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família, comunidades). Tanto um como outro, enquanto pessoas, possuem quadros de valores, crenças e desejos individuais, assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

As prestações dos cuidados de enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes. Antes de efectua-los há que ter uma interacção entre o enfermeiro e o paciente, a família, ou a comunidade, através de uma relação interpessoal ou uma relação de ajuda. O cuidar deve ser a base das acções de enfermagem, visto que, não existe enfermagem sem cuidar. O cuidar é diferente de tratar, no sentido de que o enfermeiro desenvolve a capacidade ou potencialidade da pessoa, para que esta possa crescer e se desenvolver, ser capaz de exercer o autocuidado.

5. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GRAVIDA HIPERTENSA

Os enfermeiros desempenham um papel de extrema importância no cuidado à grávida hipertensa quer a nível primário (nos centros de saúde ou no domicílio), quer a nível secundário ou terciário (no meio hospitalar). Logo é imprescindível a actuação do enfermeiro e de preferência a sua integração nas equipas multidisciplinares, constituídas para a prestação dos cuidados ou tratamentos à doença hipertensiva específica da gravidez.

Os cuidados de enfermagem devem ser prescritos pela enfermeira responsável pela grávida, após avaliar e traçar suas metas e prioridades, e devem ser executados por sua equipe de auxiliares. É importante que a enfermeira esteja atenta a todos os acontecimentos com a grávida (Santos, 2004:154).

Os objectos terapêuticos visam estabelecer a segurança materna e o nascimento de um recém-nascido saudável e tão perto do final da gravidez quanto possível.

Os distúrbios hipertensivos da gravidez podem ocorrer sem aviso ou com um desenvolvimento insidioso dos sintomas, assim o objectivo dos cuidados de enfermagem passa pela detecção precoce da doença de modo a prevenir as sequelas catastróficas para a mãe e para o feto. Portanto, na primeira consulta vigilância pré-natal, é efectuada a cada mulher uma avaliação inicial para detecção de eventuais factores de risco. Em cada consulta subsequente a mulher é avaliada quanto a sinais e sintomas que sugiram o aparecimento ou a presença de pré-eclâmpsia.

“Um dos objectivos dos cuidados de enfermagem no período do pré-natal é a detecção precoce de sinais de doença hipertensiva, antes que evolua. Por esta razão, o registo do peso das grávidas, a verificação de sua pressão sanguínea e a realização de análise da urina (detecção de eventual proteína) são da maior importância durante as consultas pré-natal. Além disso, perguntar á grávida sobre sinais objectivos tais, como o edema da face e das mãos, a cefaleia frontal ou dor epigastrica é que pode ser de grande significado” (Burroughs, 1995:329).

Ainda nesse contexto Santos (2004:81) refere que os “objectivos da assistência pré-natal são: assegurar bom desenvolvimento fetal, evitar complicações futuras tanto como para o feto, proteger a saúde materna e fetal, e orientar quanto aos primeiros com o recém-nascido”.

Cabe ao enfermeiro desenvolver intervenções a nível primário, secundário e terciário para a prevenção da hipertensão na gravidez, começando pela cobertura no período pré-natal, diagnóstico precoce das grávidas de alto risco, de modo a iniciar o tratamento atempadamente, rápido e eficaz prevenindo assim as complicações materno-fetais.

De acordo com Santana et, all (cit in Gallo; Mello, 2009):

“Dentre essa necessidade a assistência ao paciente, deve-se destacar atenção a gestante de alto risco realizando seu diagnóstico desde o início de sua gestação onde a assistência ao pré-natal é fundamental para que tal acompanhamento seja eficaz. A assistência pré-natal tem como objectivo identificar adequada e precocemente quais as pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável e, acolhendo a mulher desde o início de sua gravidez. O principal papel dos profissionais envolvidos neste atendimento é a escuta atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. Neste sentido, é interessante que se efectuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde – acções educativas, pois facilitam a compreensão do processo gestacional. É através da educação que as mudanças sociais podem ocorrer, sendo cada encontro com o outro transformado num momento de troca, crescimento e resolução”.

Os cuidados de enfermagem começam com a prestação de cuidados às grávidas hipertensas primeiramente orientando e estimulando para mudanças, por exemplo o estilo de vidas (hábitos alimentares, sedentários, consumo de substâncias tóxicas como o álcool e tabaco, entre outros aspectos) e depois determinar os factores predisponentes para o desenvolvimento da hipertensão. São medidas simples mas necessárias para o controlo da hipertensão na gravidez, da mesma forma que, o reforço dessas orientações para o autocuidado e plano de cuidados, deverá ser feito com base no processo de enfermagem (entrevista, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação).

Citando Burroughs (1995:329) o controlo da doença hipertensiva depende da gravidade dos sintomas, da conduta, da compreensão e comprometimento da mulher. São muito importantes para a grávida, para o filho e para a família, o ensinamento e as orientações cuidadosas em relação ao problema.

Ainda Burroughs (1995:329) refere que:

“Na DHEG precoce, se a grávida estiver bem informada e consciente sobre as orientações médicas e de enfermagem (isto é, comunica as cefaleias, as perturbações visuais, a dor

epigástrica ou o surgimento de edema significativo), o controle pode ser feito sem hospitalizações. Entretanto, muitos médicos preferem hospitalizar as mulheres até que os sintomas estejam controlados. O controle visa reduzir o edema e a hipertensão e a restabelecer o funcionamento normal dos rins. A enfermeira deve auxiliar a grávida e a família a compreender a importância de controlar a doença hipertensiva moderada.

O enfermeiro, através da consulta pré-natal, ao deparar com uma grávida com hipertensão arterial, deverá encaminhá-la para consulta médica (alto-risco), para ser examinada e poder ser tratada, a fim de minimizar a subida, ou a redução da tensão arterial para os valores normais e bem como para possibilitar ao enfermeiro o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da grávida e prepara o seu auto cuidado e tratamento.

De acordo com Bobak et al (1999:590):

“As acções de enfermagem têm por base a gestão dos cuidados, a prescrição medica e os diagnósticos de enfermagem. O tratamento mais eficaz é a prevenção. Os cuidados precoces na gravidez são essenciais para otimizar os resultados quer perinatais quer maternos: identificar as mulheres de risco, reconhecer e comunicar os sinais e sintomas de alarme. As capacidades do enfermeiro para avaliar os factores e sintomas de pré-eclâmpsia não podem ser sobrevalorizadas”.

Para ter uma eficiência no tratamento de hipertensão na gravidez é relevante que o enfermeiro, afirma-se que a grávida entende que a hipertensão arterial pode ser controlada e terem conta todos os factores de risco existentes. O enfermeiro deve estimular a grávida a falar dos factores que poderão estar por de trás da hipertensão arterial, estabelecendo um tratamento mais educativo para saúde, tendo em conta tais factores, procurando assim minimizar o tratamento farmacológico.

Para a garantia de um adequado cuidado de enfermagem á grávida hipertensa, a realização de uma avaliação física e uma anamnese cuidadosa, bem como exames laboratoriais e imagiologia devem ser sempre solicitados, além de uma monitorização contínua e rigorosa do feto, para que o enfermeiro esteja ciente das verdadeiras condições de todos os sistemas orgânicos da grávida e do desenvolvimento do feto e reunir assim informações necessárias, ficando a saber quando e como cuidar da grávida hipertensa.

5.1. ANAMNESE

Segundo Santos (2004:81) a avaliação pré-natal nada mais é do que o exame clínico, a anamnese, um dos métodos de colecta de dados mais comum na enfermagem. O enfermeiro tem um papel importante na anamnese. Realiza a visita de enfermagem, ou a primeira de enfermagem, colectando dados subjectivos e objectivos relativos ao estado geral da grávida e á gravidez.

A enfermeira dá início ao processo de avaliação completando e/ou revisando o registo médico da mulher tanto na internação quanto no ambulatório. Revisa-se a história clínica pessoal, especialmente a presença de diabetes melito, de doença renal e de hipertensão. A história familiar é explorada em virtude da ocorrência de condições pré-eclâmpsia ou hipertensivas, de diabetes melito e de outras condições crónicas.

A história social e de experiências prévias proporcionam informações sobre o estado conjugal, o estado nutricional, as crenças culturais, o nível de actividades e os hábitos pouco saudáveis, como o fumo, o álcool e o consumo de drogas ilícitas (Lowdermilk, Perry, e Bobak. 2002:654).

Deve-se fazer uma recolha de informações muito precisa, a fim de obter dados concretos, caso houver modificações na linha basal da pressão sanguínea, o ganho anormal de peso, o padrão do ganho de peso, os sinais de aumento do edema e a presença de proteinúria. Também é importante observar a mulher em relação á presença de cefaleias frequentemente, intensas, incomuns, aos distúrbios visuais, ou á dor epigástrica (Lowdermilk, Perry, e Bobak. 2002:654).

5.2. EXAME FÍSICO

Além da anamnese, o exame físico e os exames laboratoriais fazem parte da rotina do pré-natal. É importante associar as consultas aos exames para garantir á grávida segurança, confiança e bem-estar durante toda a gravidez, quanto á sua saúde e á saúde do seu bebé.

A realização de uma avaliação física cuidadosa é importante para saber as verdadeiras condições de todos os sistemas orgânicos da grávida, além de uma monitorização contínua e rigorosa do feto. A monitorização do batimento cardíaco fetal

deve ser avaliada para saber se tem alterações da perfusão uteroplacentária e prevenir complicações materno-fetais como por exemplo, o descolamento da placenta.

Os profissionais que cuidam de grávidas necessitam de ser consistentes na execução e registo das avaliações da tensão arterial de modo padronizado. Para além da observação da hipertensão, a avaliação do edema justifica outras investigações quanto á distribuição, grau e depressão. Se não se observa edema periorbital e facial, questiona-se a grávida quanto á sua presença. O edema pode ser descrito como de declive ou depressível.

O edema de declive é o observado nas extremidades ou zonas mais “ inferiores” do corpo, onde é maior a pressão hidrostática. O edema depressível é o que mostra uma pequena depressão ou “cova” após a depressão de um dedo sobre uma área edemaciada. A depressão, que é causada pela deslocação dos líquidos para os tecidos adjacentes da zona pressionada, desaparece em cerca de 10 a 30 segundos (Lowdermilk e Perry, 2006:761).

Ainda de acordo com os mesmos autores, os sintomas que reflectem o envolvimento do sistema nervoso central e visual geralmente acompanham o edema facial. Embora não seja uma avaliação de rotina durante o período pré-natal, a avaliação do fundo do olho fornece dados valiosos. O seu achado inicial basal normal auxilia a diferenciação entre a doença preexistente e o novo processo de doença.

Os reflexos tendinosos profundos (RTPs) são avaliados em virtude da suspeita de pré-eclâmpsia. Avaliam-se o reflexo do bíceps, o patelar e o clono do tornozelo, e os achados são registados. A avaliação dos reflexos tendinosos profundos é especialmente importante se a mulher estiver sendo tratada com sulfato de magnésio, a sua ausência indica uma toxicidade precoce iminente de magnésio.

Uma avaliação importante consiste em determinar o estado fetal. A perfusão uteroplacentária está diminuta nas mulheres com pré-eclâmpsia, colocando o feto em perigo. A frequência cardíaca fetal (FCF) é verificada quando á frequência basal, à variabilidade e às acelerações indicadores de um SNC fetal íntegro e oxigenado (Lowdermilk, Perry, e Bobak 2002:655).

A frequência basal anormal, a variabilidade diminuída ou ausente e as desacelerações tardias indicam intolerância fetal ao ambiente intra-uterino. A monitorização biofísica ou bioquímica pelo teste da ausência de stresse, pelo teste do stresse da contracção, pelo perfil

biofísico e pela ultra-sonografia seriada é usada para avaliar o estado fetal. A tonicidade uterina é avaliada para detectar sinais de trabalho de parto e placenta abrupta. Se houver suspeita de trabalho de parto, está indicado um exame vaginal para observação de alterações do colo de útero (Bobak et al, 1999:586).

Deve-se ter em conta também sinais e sintomas (hipertensão, diminuição dos sons pulmonares e do débito urinário, cefaleia, dor epigástrica, convulsões etc) que demonstram agravamento do estado, e que pode ser um indicador de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, para além de fazer uma avaliação precisa e efectuar os registos, de comprometimento de algum sistema orgânico mais precisamente a nível hepático, pulmonar, renal, cardíaco, placentário e cerebral. Fazer uma avaliação precisa e rigorosa trará mais vantagem materno-fetais.

5.3. ANÁLISES LABORATORIAIS

Para ajudar no diagnóstico de pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP ou hipertensão crónica a enfermeira colhe amostras de sangue, urina e outros espécimes. Presentemente não se conhecem testes de laboratório que permitam a detecção do desenvolvimento de pré-eclâmpsia, contudo, teste laboratoriais de rotina são úteis no diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia e para possibilitar a comparação com os resultados obtidos de forma a avaliar a progressão e gravidade da doença (Bobak et al, 1999:587).

Esta mesma autora recomenda que seja inicialmente obtida uma amostra de sangue para avaliar o processo de doença, bem como o seu efeito nas funções renais e hepáticas, devendo ser neste caso realizado os seguintes testes:

- Hemograma (incluindo contagem de plaquetas);
- Estudos de coagulação (incluindo tempo de hemorragias, TP, PTT, e fibrinogénio);
- Enzimas hepáticas (desidrogenase láctica [LDH], aspartate aminotransferase [AST] [SGOT], alanina aminotransferase [ALT] [SGPT]).
- Tipo de sangue e provas de compatibilidade.

A autora esclarece ainda que a proteinúria é como a concentração de 0,1g/l (> ++ nas fitas de avaliação) ou mais, em pelo menos duas colheitas aleatórias de urina, colhidas com pelo menos seis horas de intervalo. Numa colheita de 24 horas, a proteinúria é definida como a concentração de 0,3g/l nas 24 horas, sendo a sua avaliação também importante e podendo ser feita através da fita reagente que determina a sua concentração (as leituras da fita correspondem ao seguinte):

- 0;
- Vestígios;
- + 30mg/dl (equivalente a 300mg/L);
- ++ 100 mg/dl;
- +++300mg/dl;
- ++++ mais de 1000mg/dl.

O débito urinário é avaliado, não devendo ser < a 30ml/h ou 120ml em 4horas.

5.4. CUIDADOS A NÍVEL AMBULATORIO

A mulher deve ser informada de que, para manter a hipertensão moderada, requer:

- Reconhecer que o repouso na cama é essencial;
- Deitar sobre o lado esquerdo;
- Ingerir uma dieta rica em proteínas;
- Reduzir a ansiedade;
- Tomar a medicação prescrita pelo médico;
- Ir às consultas pré-natais (geralmente, 2 vezes por semana);
- Comunicar-se imediatamente com a clínica ou com o médico, caso apareça algum dos seguintes sintomas: *cefaleia, dor epigástrica, perturbação visual, ou edema da face ou das mãos*”.

Os cuidados domiciliários podem ser suficientes se a pré-eclâmpsia for ligeira e não existirem problemas de atraso no crescimento fetal. Para que estes se realizem de forma eficaz, a enfermeira necessita avaliar o ambiente da casa e as capacidades da mulher em assumir a responsabilidade. Os efeitos da doença, a linguagem, idade, cultura, crenças e sistemas de apoios existentes, também devem ser considerados e mobilizados por forma a estarem disponíveis e envolvidos no planeamento e implementação dos cuidados.

É fundamental o conhecimento dos sintomas subjectivos e sinais que indicam a deterioração da situação. Se estes surgirem, a mulher deve comunica-los de imediato ao seu prestador de cuidados, sendo repouso no leito, na posição de decúbito lateral, obrigatório na pré-eclâmpsia porque aumenta a perfusão sanguínea uteroplacentária, tendo ainda vindo a ser demonstrada a sua utilidade na diminuição da tensão arterial e na promoção da diurese.

A aprendizagem de técnicas de relaxamento pode ajudar a reduzir o stress associado á situação de alto risco e a preparar a mulher para o parto. Estudo sobre o relaxamento progressivo demonstram que este é eficaz para baixar a tensão arterial em pessoas com hipertensão crónica (Bobak et al 1999:590-1).

Deve-se fazer o ensino á mulher sobre como auto-avaliar a tensão arterial e efectuar os registos. Aparelhos automatizados devem ser usados com cuidado nas mulheres com pré-eclâmpsia grave, pois nessa situação elas podem subestimar a pressão arterial. A monitorização ambulatoria contínua da pressão arterial pode melhorar o diagnóstico e assistências subsequentes.

A mulher é ensinada a pesar-se e a pesquisar a proteinúria diariamente. O aparecimento desta numa fase inicial, geralmente indica um agravamento progressivo da pré-eclâmpsia. O aumento de peso surge associado à formação de edema.

Dado que a doença tem potenciais efeitos adversos sobre a perfusão sanguínea uterina, devem avaliar-se regularmente sinais de hipoxia no feto. Ensina-se a mulher acerca da importância de comparecer aos testes de observação fetal, explicando-lhe a sua finalidade e o que pode sentir durante a sua realização. Para a gestão dos cuidados em casa, a mulher pode ser ensinada a realizar a contagem diária dos movimentos fetais.

A dieta e a ingestão hídrica são recomendadas habitualmente para a mulher grávida. A mulher grávida com hipertensão apresenta diminuição do volume de plasma, pelo que a restrição em sódio não é recomendada. O sal é necessário para a manutenção do volume de sangue e a perfusão placentária. Uma ingestão hídrica adequada ajuda a manter o volume normal de fluidos e favorece a perfusão e filtração renais. A enfermeira realiza a avaliação de dados acerca da dieta e aconselha nas áreas em que detecta deficiências.

6.PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

A Educação em Saúde efectiva dispõe de uma base sólida para o bem-estar individual e da comunidade. O ensino é um instrumento integrante que todas as enfermeiras utilizam para cuidar dos pacientes e famílias no desenvolvimento de comportamentos de saúde efectivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predis põem as pessoas aos riscos de saúde (Zanotti, Zambom e Cruz, 2009:2).

Quando actuamos no nível de prevenção primário ou seja, fazendo educação para saúde, é um factor influenciador directamente relacionado com os resultados de cuidados positivos do paciente, na medida que a pessoa pode fazer modificações de comportamento optando por estilos de vida saudáveis de acordo com as informações que foram previamente oferecidas ao longo do ensino.

O tratamento mais eficaz é a prevenção. Os cuidados pré-natais precoces, essenciais para optimizar os resultados quer perinatais quer materno são identificar as mulheres de risco e reconhecer e comunicar os sinais e sintomas de alarme. Conforme Bobak et all (1999:590):

“Os enfermeiros podem actuar efectivamente no papel de aconselhamento. Devem ser tomadas medidas para implementar educação para a saúde e melhorar o acesso aos cuidados na gravidez. São essenciais como comportamentos preventivos: o aconselhamento, encaminhamento para os recursos existentes, mobilização dos sistemas de apoio, educação sobre a nutrição e informações sobre as adaptações normais á gravidez. É essencial o apoio emocional e psicológico para a mulher/família a lidar com a situação. A sua percepção do processo de doença, das razões da sua ocorrência e dos cuidados prestados afectam a sua colaboração e participação no tratamento”.

As atitudes terapêuticas para a DHEG são:

- A monitorização ambulatoria contínua da pressão arterial que pode melhorar o diagnóstico e a assistência. A forma como a pressão arterial é avaliada também é importante, e a técnica errada ou irregular levará a erros e redução do valor preditivo das medidas (Enkin et all 2005:40).

- As mulheres com hipertensão ou pré-eclâmpsia leve ou moderada, frequentemente são aconselhadas a repousar no leito em casa, ou podem ser internadas para facilitar o repouso e permitir investigação e supervisão mais rigorosas da sua gravidez.
- O repouso adequado na cama, deitada sobre o lado esquerdo, é uma medida importante do controlo, porque aumenta o fluxo sanguíneo, tanto renal quanto placentário, o que, por sua vez, reduz o edema e a pressão sanguínea. Ocasionalmente, um sedativo é prescrito para facilitar o repouso das grávidas (Burroughs, 1995:329).
- Uma dieta rica em proteínas é recomendável e o sódio não deve ser restringido (contudo, uma ingestão excessiva de alimentos com grande quantidade de sódio, como pickles, as azeitonas e as batatas fritas, deve ser evitada).
- A suplementação de cálcio durante a gravidez parece reduzir o risco das mulheres desenvolverem pré-eclâmpsia, particularmente se corriam grande risco e consumiam pouco cálcio no início da gravidez.
- Deve ser dada atenção ao apoio emocional e físico a grávida, enquanto estiver em casa. Pode ser difícil o repouso na cama para uma mãe com filhos pequenos. O facto da grávida, poder sentir geralmente bem, pode tornar a educação para a saúde especialmente importante, para que altere as precauções que evitarão a sua hospitalização (Burroughs, 1995:329).

IV. CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS ÀS GRÁVIDAS HIPERTENSAS NO CSRBV

1. CENTRO DE SAÚDE REPRODUTIVA DA BELA VISTA

O surgimento dos serviços de proteção materno-infantil e planeamento familiar começou em 1975, período da independência do país, com os Trabalhos de Sensibilização da População na Zona de Bela Vista e arredores, da ilha de São Vicente, para a promoção e proteção da saúde da mãe e da criança e planeamento familiar a cargo dos Serviços dos Assuntos Sociais e Comissão para a Organização das Mulheres de Cabo Verde (COMCV), com o apoio de dois médicos dos Serviços.

Com a visita de Técnicos da Radda Barnen, da Suécia, às instalações do CSRBV, seguida da visita à Suécia, de técnicos nacionais ligados ao projecto, viria a surgir em 1977 o Projecto de Proteção Materno Infantil e Planeamento Familiar (1977-1990), financiado pela organização não-governamental sueca e que rapidamente se estendeu a todos os concelhos do país, garantindo a protecção das mulheres e das crianças, incluindo o acesso ao planeamento familiar, designadamente:

- **Saúde da mãe:** Controlo da gravidez, incluindo vacinação antitetânica e planeamento familiar.
- **Planeamento Familiar:** O governo evidenciou a sua preocupação face ao ritmo de crescimento da população (1986-1990), deu continuidade ao tratamento da problemática demográfica, anunciando os grandes objectivos da política de população, nomeadamente a criação de condições favoráveis para a livre escolha do número de filhos entre os casais, a redução da taxa de mortalidade infantil, a diminuição da taxa de fecundidade, a promoção da paternidade responsável.
- **Saúde da Criança:** Vacinação contra as doenças preveníveis (formas graves de tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, sarampo), controlo de crescimento, avaliação e controlo nutricional, reabilitação infantil.

Na sequência da realização da conferência Internacional para o desenvolvimento, no Cairo em 1994, Cabo Verde adoptou a Saúde Reprodutiva como um dos programas de saúde de maior sucesso, garantindo o direito universal à saúde reprodutiva, que contribuiu

para a melhoria da performance do país em matéria de indicadores de saúde, sobretudo nos que se refere à redução das taxas de mortalidade infantil (135/mil NV em 1975 para 20,1/mil NV em 2009), mortalidade materna (---/100 000 NV em 1975 para 53,7/100 000 NV em 2009), bem como do índice sintético de fecundidade (mais de 6 filhos/ mulher em 1975 para 2,9 filhos/ mulher em 2005).

Em 2001 aconteceu a Transição do Programa de Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF) para o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR).

O PNSR é um programa da Direcção Geral da Saúde, do Ministério da Saúde de Cabo Verde, que visa promover o bem-estar geral, físico, mental e social da pessoa para tudo o que diz respeito ao aparelho genital, suas funções, seu funcionamento e não somente ausência de doença, onde de uma forma geral o CSRBV, tem tido uma enorme importância.

1.1.ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL DO CSRBV

Segundo o site do Ministério da Saúde de Cabo Verde² as componentes do PNSR e por conseguinte os serviços prestados pelo CSRBV, são:

- Maternidade sem risco (baixo): aconselhamento e consulta pré-concepção, vigilância pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Promoção e vigilância do crescimento infantil, prevenção por vacinação e atenção Integrada às Doenças de Infância (AIDI);
- Planeamento Familiar que abrange mulheres e homens na fase reprodutiva da vida: 15 a 49 anos de idade e 15 a 59 anos respectivamente;
- Contracepção e prevenção das gravidezes precoces e das indesejadas;
- Prevenção e tratamento da Infertilidade;
- Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações;
- Prevenção e luta contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e VIH/SIDA;
- Prevenção e tratamento dos Cancros da mama, do colo uterino e da próstata;
- Prevenção e tratamento da disfunção sexual, das complicações da menopausa e andropausa;
- Prevenção e medidas contra a violência física e sexual;

² <http://www.minsaude.gov.cv>

- Educação para Mudança de Comportamento (EMC): visando a adopção de estilos de vida saudáveis, a sexualidade humana (incluindo o aparelho genital e as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo da vida), a maternidade e a paternidade responsáveis, as questões de género e promoção da auto-afirmação da Mulher e o envolvimento e a responsabilização dos Homens em SR.

Para que seja garantido os cuidados de enfermagem exigidos na prestação destes serviços, o CSRBV conta com 7 Enfermeiros, afectos aos sectores Maternal, Infantil e Jovem e devidamente integrados numa equipa multidisciplinar, constituída por 3 Médicos Obstetras, 1 Fonóloga, 2 Psicólogas e 2 Auxiliares de Enfermagem, contando ainda com a colaboração de Nutricionistas e Assistentes Sociais e bem como da Directora do Centro (1 Médica) e Auxiliares de Serviços Gerais.

1.2.RAZÕES DE SUCESSO DO CSRBV

Os avanços registados em Cabo Verde em matéria de Saúde Materno-Infantil são fruto de um esforço e perseverança levado a cabo por toda a sociedade cabo-verdiana desde a independência Nacional. O país tem feito um esforço enorme no sentido de cumprir os objectivos para o desenvolvimento nessa área, dispensando uma atenção particular, nomeadamente á saúde da mulher e da criança e na luta contra VIH/ SIDA, onde o CSRBV tem sido uma referência ao nível do país e também da costa africana.

Em relação à saúde reprodutiva, pode-se apontar como razões de sucesso os seguintes:

- Forte engajamento do Estado, para que os CSR do país, nomeadamente o CSRBV, tenham um normal funcionamento, evidenciada através da adopção de várias disposições legislativas e regulamentares que favorecem a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente da mulher e da criança;
- Empenho do CSRBV no cumprimento das políticas definidas pelo Governo de promoção da saúde da criação, da mulher, dos adolescentes e dos jovens;
- A gratuitidade dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção às doenças, da prestação de cuidados às mulheres grávidas e às crianças com menos de dois anos.
- A utilização criteriosa dos fracos recursos existentes em matéria de saúde.
- O envolvimento de todas as camadas da sociedade civil desde a fase de implantação do projecto PMI/PF até esta data, realçando as muitas ONG vêm

trabalhando para a causa da saúde das mães e das crianças, com destaque para as acções de sensibilização da população para a mudança de comportamentos.

- O papel das unidades móveis da saúde reprodutiva que permitiram uma maior aproximação dos serviços com as comunidades e uma procura activa de crianças sem vacinação.
- O aumento das taxas de escolarização e das taxas de alfabetização que contribuíram para uma maior consciência das populações face à necessidade de prevenção.
- O forte envolvimento do sector privado vem exercendo um papel importante na área da saúde reprodutiva (prestação de serviços).

De louvar o desenvolvimento de importantes parcerias na área da promoção da saúde da criança e da mulher e o forte envolvimento dos parceiros de desenvolvimento.

1.3.CONSTRANGIMENTOS E DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE REPRODUTIVA

Apesar dos avanços conseguidos, persistem ainda vários constrangimentos na área da SR, pelo que os desafios são vários, podendo ser referenciados no cômputo geral e particularmente em relação ao CSRBV, os seguintes constrangimentos e desafios:

- Ausência de Sistemas de Informação, de referência que repercute no adequado seguimento e avaliação dos serviços e da satisfação dos utentes;
- Alguma capacidade interna deficiente em matéria de Planificação estratégia e de gestão dos serviços e produtos;
- Necessidade de reforçar a coordenação entre os sectores da saúde, educação, juventude e da sociedade civil, na resposta efectiva às questões de saúde reprodutiva no geral;
- Reforço dos serviços de forma a debelar a fraca procura dos adolescentes aos serviços de planeamento familiar, a procura tardia da primeira consulta pré-natal, fraca procura dos Serviços de CSRBV pelos homens;
- Necessidade de intervenções que garantam a disponibilização permanente dos produtos, por forma evitar eventuais rupturas de medicamentos e produtos.

2. ROTINAS DE ATENDIMENTO A GRÁVIDAS HIPERTENSAS NO CSRBV

Os cuidados de enfermagem às grávidas hipertensas, durante o período pré-natal, no CSRBV, tem por pressupostos as seguintes rotinas de atendimento: Seguimento em relação aos antecedentes e factores de risco e Seguimento em relação a patologia associada à gravidez.

2.1. SEGUIMENTO EM RELAÇÃO AOS ANTEDECEDENTES E FACTORES DE RISCO

O caderno AISM contempla, na parte concernente ao seguimento pré-natal, os diversos antecedentes (sócio-comportamentais, biomédicos, cirúrgicos e obstétricos) e os respectivos factores de risco e ainda os relacionados com as diversas etapas da gravidez, indicando quando fazer o encaminhamento para a consulta médica, como forma de prevenção, ou para tratamento de complicações.

Recomenda-se, por isso, um preenchimento adequado desse caderno e seguimento atempado das indicações do mesmo. Não havendo consulta médica no local, recomenda-se informar à grávida dos riscos que poderá estar a correr e o seu encaminhamento à urgência médica mais próxima, onde o médico clínico geral pode sempre recorrer ao especialista em caso de necessidade.

2.2. SEGUIMENTO EM RELAÇÃO A PATOLOGIA ASSOCIADA À GRAVIDEZ

A gravidez não é uma doença, mas factores de risco e situação patológicas não detectáveis a tempo podem transformar-se em factores de mau prognóstico tanto para a grávida como para o feto. Na verdade, diversas doenças crónicas e patologias, podem agravar-se no decurso de uma gravidez ou constituir um risco acrescido para o normal evolução da gravidez.

O fluxograma apresentado na Figura.1, retrata os procedimentos seguidos pelos enfermeiros, no CSRBV em relação à Hipertensão Arterial na Gravidez.

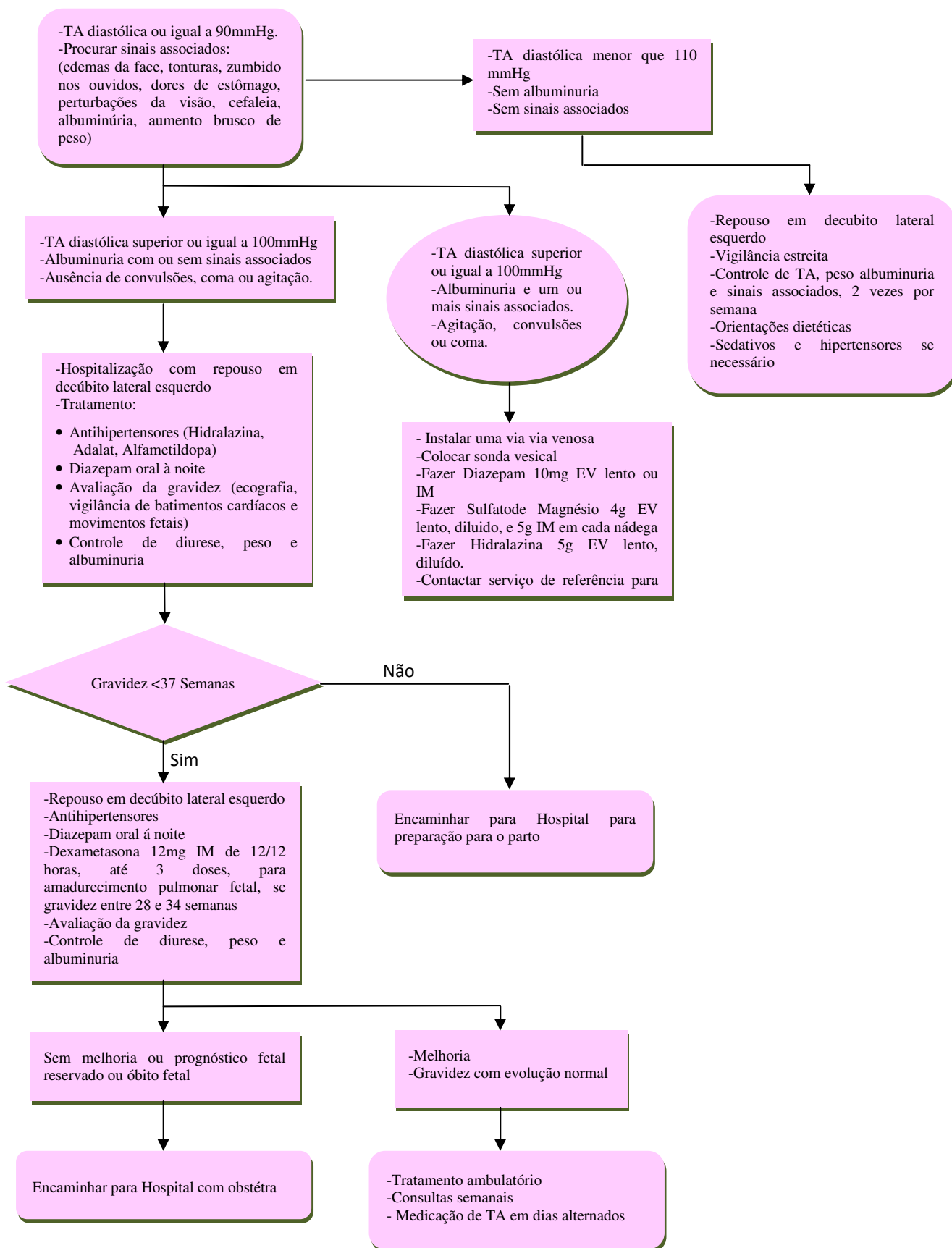


Figura1: Procedimentos do CSR BV para a Hipertensão Arterial na Gravidez
Fonte: CSR BV, Manual de Procedimentos dos Serviços de Saúde Reprodutiva
 Adaptação das Autoras

3. ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS

3.1. ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

O método das entrevistas distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana. As entrevistas caracterizam-se por um contacto directo entre o investigador e os seu interlocutores e recomenda-se uma fraca directividade da parte do investigador. O método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo

Foram entrevistadas duas das quatro enfermeiras do sector maternal do CSRBV e o conteúdo dessas entrevistas, será objecto de uma análise de forma sistemática, destinada a complementar toda a observação directa realizada no referido centro de saúde.

As entrevistas foram feitas de forma semi-dirigida, com base num guião elaborado para tal, constituído por 8 perguntas relativamente abertas e, cuja análise de conteúdo é:

As respostas à primeira pergunta remete-nos para os objectivos do pré-natal no CSRBV, que são: garantir e promover, cuidados de enfermagem no período do pré-natal, detectar precocemente os sinais e os sintomas da doença hipertensiva, estabelecer a segurança materno-fetal evitando complicações futuras tanto para mãe como para o feto, avaliar e delinear as metas e prioridades consoante os riscos apresentados.

Podemos ainda depreender que as enfermeiras entrevistadas preocupam-se tanto com a gravidez como com a mulher enquanto ser humano que vivencia emoções, uma vez que podem surgir intercorrências nesta fase e é importante que o profissional tenha em consideração os aspectos individuais de cada mulher.

Pela opinião das interlocutoras o CSRBV, dispõe de enfermeiros gerais com anos de experiência na área obstétrica bem como formações de aprimoramento na área, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos obstetras, nutricionista, e psicólogos o que lhes permite garantir adequadamente os cuidados de enfermagem às grávidas hipertensas.

Em relação às intervenções de enfermagem, respondendo á terceira pergunta, as entrevistadas garantiram que além dos exames de rotina, peso, avaliação da TA, exames de

urina para analisar os resultados de proteinúria, creatinina e entre outros que complementam o diagnóstico, os enfermeiros deste centro de saúde, dão muita atenção à educação para a saúde no período pré-natal, por considerarem ser esse um dos melhores métodos de prevenção e por conseguinte de minimização dos riscos da hipertensão na gravidez. Ambas reforçaram a ideia de que preocupam muito com a sensibilização das grávidas para a adopção de um estilo de vida saudável.

De realçar que de acordo com Bobak et al (1999:590):

“O tratamento mais eficaz é a prevenção. Os cuidados precoces na gravidez são essenciais para otimizar os resultados quer perinatais quer maternos: identificar as mulheres de risco, reconhecer e comunicar os sinais e sintomas de alarme. As capacidades do enfermeiro para avaliar os factores e sintomas de pré-eclâmpsia não podem ser sobrevalorizadas”.

Pelas respostas à quarta pergunta constatamos que ambas partilham da opinião que até o momento é desconhecida a causa explícita da hipertensão na gravidez, mas contudo para o caso concreto das grávidas atendidas no CSRBV, apontam como principais causas as seguintes: antecedentes familiares, dieta hipersódica, aumento de proteinúria, idade, multiparidade, aumento de peso, sedentarismo, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e nível socioeconómico.

Para garantia da qualidade e eficácia das consultas pré-natal os profissionais CSRBV apostam em formações e especializações na área obstétrica além de desenvolverem projectos pessoais.

Garantem que a acção dos enfermeiros do CSRBV, não passa apenas pelas intervenções de enfermagem neste Centro de Saúde, mas também pela realização de palestras, reuniões nas escolas e nas comunidades. Disponibilizam sempre que possível, para prestar informações, e para participar em campanhas e actividades educativas.

Para a melhoria da qualidade do serviço prestado e garantia dos cuidados de enfermagem visando o bem-estar das grávidas, ambas as profissionais defenderam que o CSRBV deveria não apenas preocupar em adquirir mais recursos materiais, nomeadamente um ecógrafo mas principalmente em recrutar mais enfermeiros, sobretudo os com especialização em enfermagem obstétrica.

3.2. ANÁLISE DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NAS GRÁVIDAS

Para melhor compreensão dos Cuidados de Enfermagem no Período Pré-natal no CSRBV, às Grávidas Hipertensas, procedemos a uma observação directa com o objectivo de recolher, as informações que visando a melhor análise possível. De realçar que as dificuldades encontradas e que limitaram a pesquisa pretendida, não permitiram recolher todo os dados referentes às incidências dos casos de Hipertensão.

Apresentamos neste capítulo uma análise descritiva dos dados, ilustrados em gráficos, resultantes do processamento feito através do Microsoft Excel, pois a utilização de ferramentas informáticas, permite apresentar os mesmos dados sob diversas formas o que favorece a qualidade das interpretações. Neste sentido, a expressão gráfica dos dados e a análise descritiva são muito mais do que simples métodos de exposição dos resultados.

O período definido para a análise, foi de Janeiro de 2010 a Maio de 2013 e os dados foram recolhidos directamente através dos livros de registos das consultas Pré-Natal e estão representados de forma resumida na Tabela 2.

Meses	2010			2011			2012			2013		
	Gravid.	Hip.	%	Gravid.	Hip.	%	Gravid.	Hip.	%	Gravid.	Hip.	%
Janeiro	646	10	1,55%	599	17	2,84%	528	4	0,76%	561	18	3,21%
Fevereiro	565	7	1,24%	528	2	0,38%	439	3	0,68%	348	6	1,72%
Março	629	9	1,43%	592	10	1,69%	494	5	1,01%	412	15	3,64%
Abril	585	7	1,20%	558	14	2,51%	580	9	1,55%	485	13	2,68%
Maio	679	6	0,88%	587	2	0,34%	542	7	1,29%	433	13	3,00%
Junho	590	5	0,85%	549	4	0,73%	486	7	1,44%			
Julho	721	9	1,25%	624	4	0,64%	498	16	3,21%			
Agosto	641	7	1,09%	654	7	1,07%	533	6	1,13%			
Setembro	673	27	4,01%	596	7	1,17%	524	9	1,72%			
Outubro	653	7	1,07%	606	6	0,99%	573	7	1,22%			
Novembro	539	15	2,78%	571	11	1,93%	523	9	1,72%			
Dezembro	520	16	3,08%	467	9	1,93%	389	6	1,54%			
Total Ano:	7.441	125	20,43%	6.931	93	16,21%	6.109	88	17,28%	2.239	65	14,26%
Media Ano:	620	10	1,70%	578	8	1,35%	509	7	1,44%	448	13	2,85%

Tabela 2: Incidência Casos Hipertensão no Período Jan/2010 a Maio/2013

Fonte: Livro Registos Consultas Pré-Natal do CSRBV

Pode-se constatar que as incidências dos casos de Hipertensão registados foram:

- Ano de 2010: 20,43% Ano, sendo a média mensal de 1,70%;
- Ano de 2011: 16,21% Ano, sendo a média mensal de 1,35%;
- Ano de 2012: 17, 21% Ano, sendo a média mensal de 1,44%;
- Ano de 2013: 2,85% (Jan/Mai), sendo a média mensal de 2,85%;

A impossibilidade da recolha das informações referentes às grávidas hipertensas, nomeadamente, primigestas, gestação múltipla, hereditariedade ou patologias associadas, não possibilita também fazer uma análise no sentido de perceber melhor até que ponto os cuidados de enfermagem contribuíram, no período em referência, para a minimização dos riscos de gravidez.

Tendo em consideração que a idade é considerada como sendo um dos factores predisponentes, as análises dos registos das consultas pré-natal, no que diz respeito á idade das grávidas com hipertensão e comparativamente com as grávidas não hipertensas permitiram constatar o seguinte:

- Idade mínima das grávidas atendidas: 12 Anos;
- Idade mínima das grávidas hipertensas atendidas: 16 Anos;
- Idade máxima das grávidas atendidas: 47 Anos;
- Idade máxima das grávidas hipertensas atendidas: 45 Anos;

Em relação á semana de gestação em que habitualmente os casos de hipertensão são diagnosticados, não foi possível reunir informações conclusivas, pois a maior parte dos nos livros de registos, não traziam essa informação. Contudo dos constantes, pudemos depreender que geralmente esses casos têm sido diagnosticados no CSRBV, entre a 20^a e 23^a semana, o que coincide com as constatações das bibliografias consultadas.

Para melhor interpretação das incidências de hipertensão, apresentamos de seguida, sobre forma de gráfico e, nessa base uma análise comparativa mês/ano tendo em consideração os registos totais das grávidas que foram atendidas no CSRBV para consulta pré-natal e os registos das grávidas hipertensas, bem como a distribuição percentual das grávidas hipertensas ao longo dos meses, não apenas para perceber a importância dos cuidados de enfermagem às grávidas hipertensas, mas particularmente para tentar compreender melhor o esforço da equipa de enfermagem deste Centro de Saúde no que diz respeito ás consultas pré-natal no período em estudo.

No ano de 2010, o total de casos de hipertensão diagnosticado nas grávidas no período pré-natal, foi de 125.

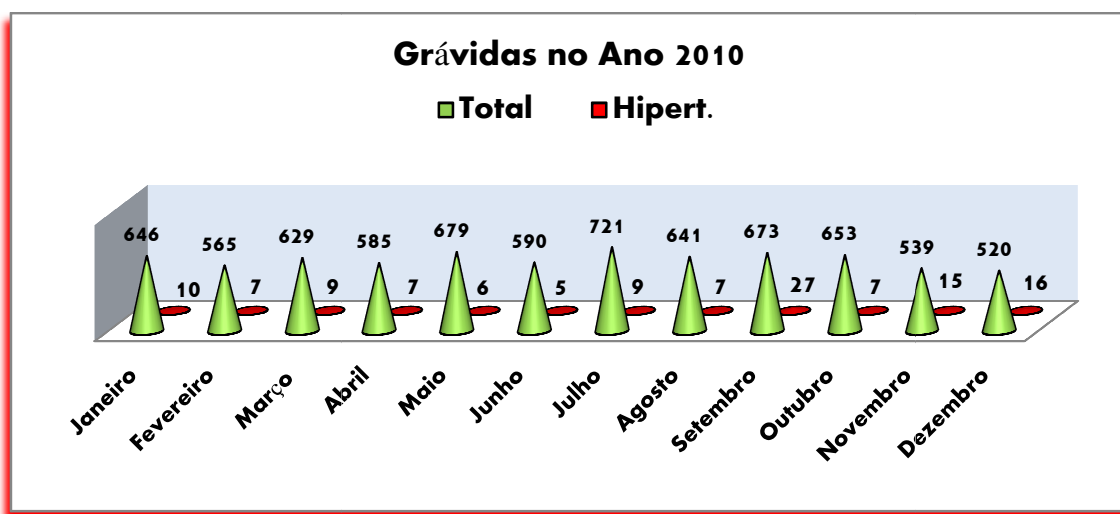


Gráfico 1: Incidência dos casos de Hipertensão em 2010

A maior incidência ocorreu durante o mês de Setembro, tendo sido diagnosticado 27 grávidas hipertensas, para um total de 673 grávidas atendidas o que corresponde a 20% do ano de 2010, como ilustrado no gráfico 2.

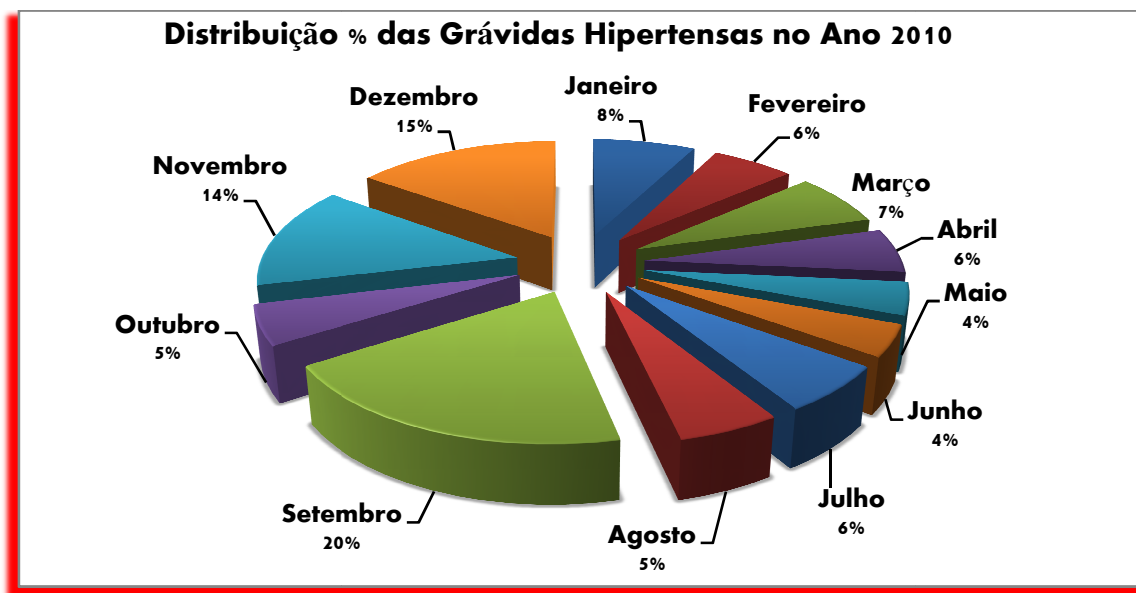


Gráfico 2: Distribuição dos casos de Hipertensão de Jan a Dez/2010

Dos registos referentes a 2011, para um total de 6931 grávidas atendidas foram diagnosticados 93 casos.

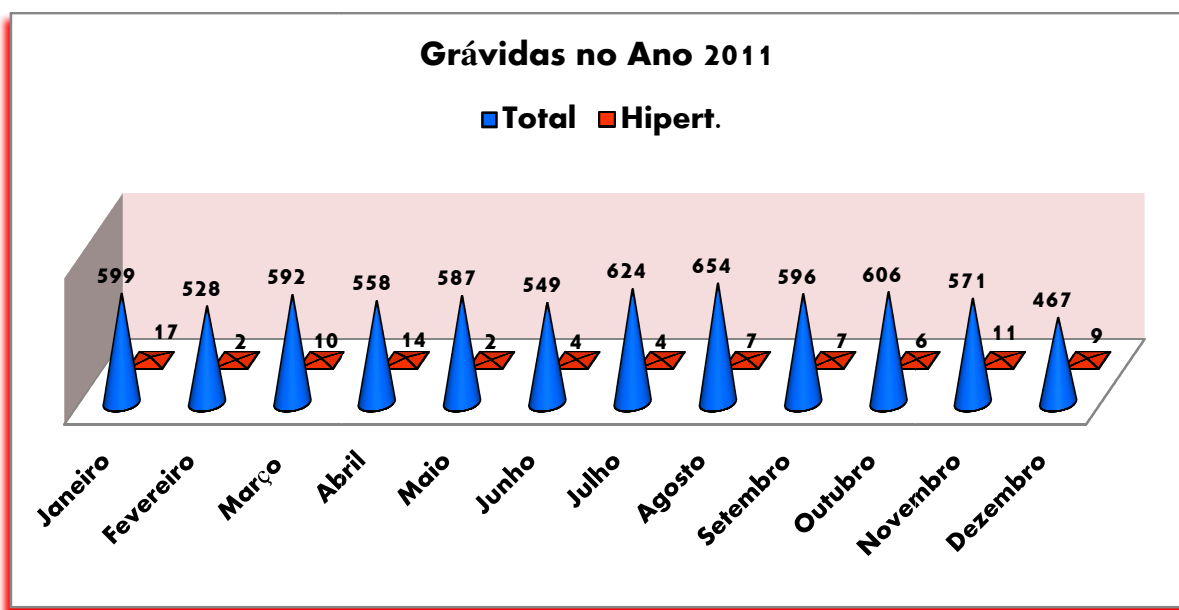


Gráfico 3: Incidência dos casos de Hipertensão em 2011

Pelo gráfico 4, pode-se aperceber que a maior incidência de casos de hipertensão, foi registada durante o mês de Janeiro, 18% do ano, tendo sido o mês de Fevereiro o de menor incidência, 2% do ano

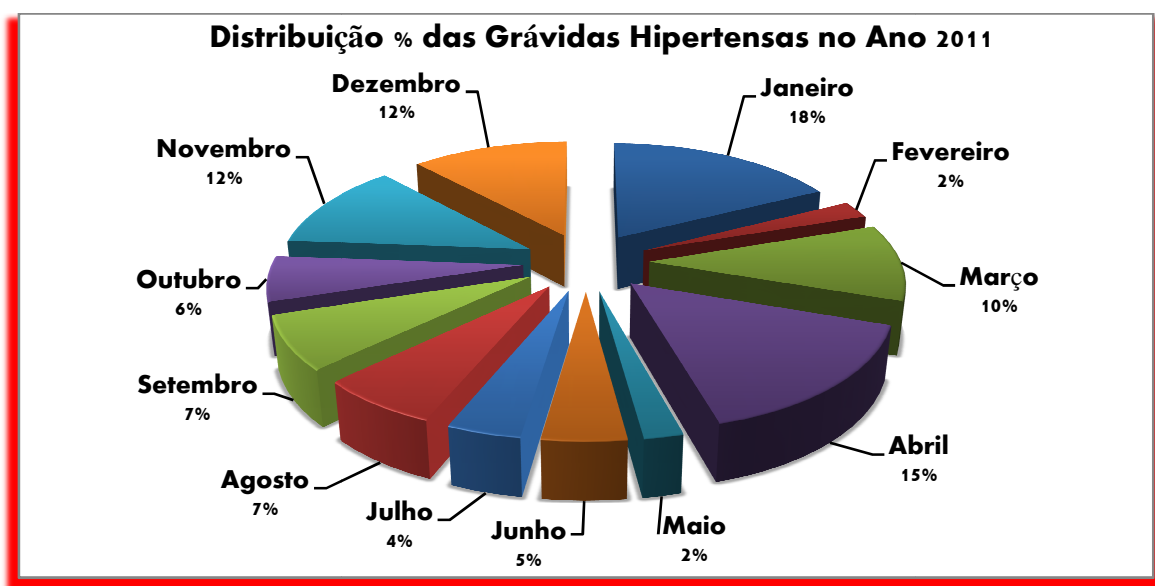


Gráfico 4: Distribuição dos casos de Hipertensão de Jan a Dez/2011

O gráfico 5, demonstra que o número de grávidas hipertensas diagnosticadas mensalmente foi praticamente uniforme durante 2012, tendo sido o total de 88 casos.

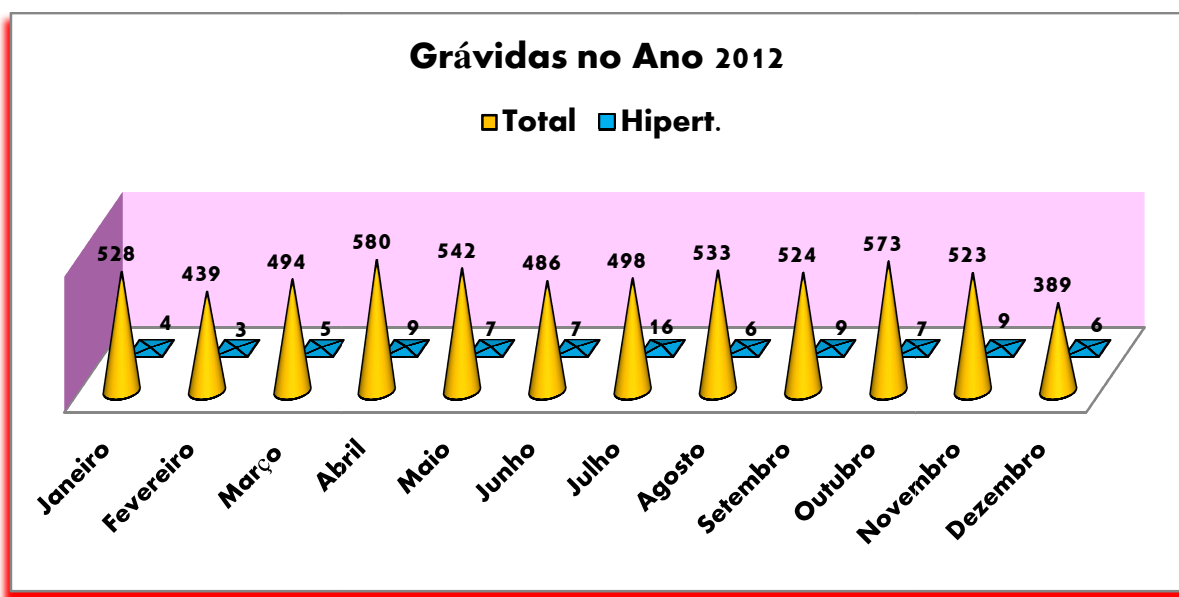


Gráfico 5: Incidência dos casos de Hipertensão em 2012

O mês de Julho foi o período em que se registou maior incidência, 16 casos que corresponde a 19% do ano.

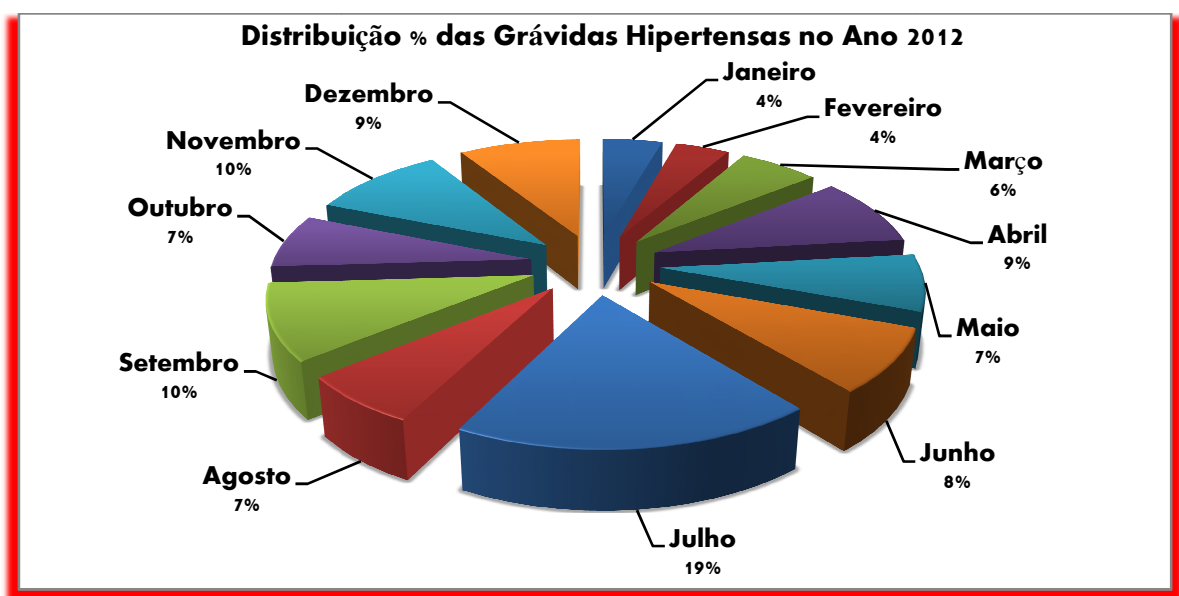


Gráfico 6: Distribuição dos casos de Hipertensão de Jan a Dez/2012

Referente ao ano de 2013, foram recolhidos dados até o mês de Maio, sendo o total de casos já registados neste período, de 65 grávidas hipertensas.

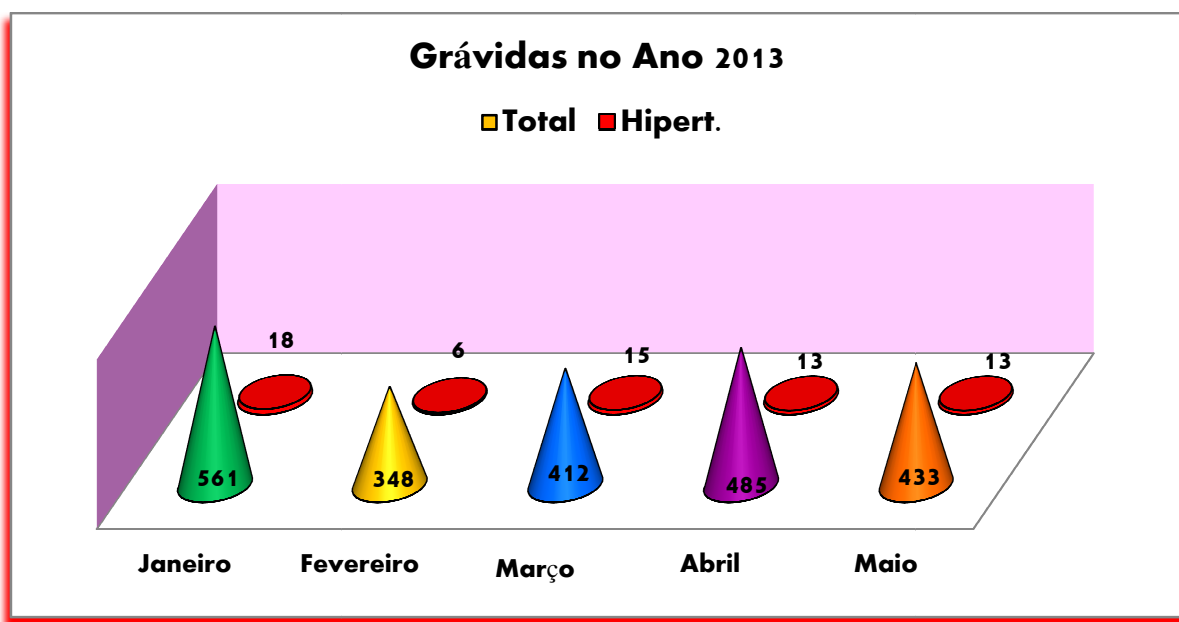


Gráfico 7: Incidência dos casos de Hipertensão em 2013

A maior incidência ocorreu no mês de Janeiro, 18 casos de grávidas hipertensas, para um total de 561 grávidas atendidas, mas em termos de distribuição %, o mês de Março sobressai com 26%, pois foram registados 15 casos entre as 412 grávidas atendidas.

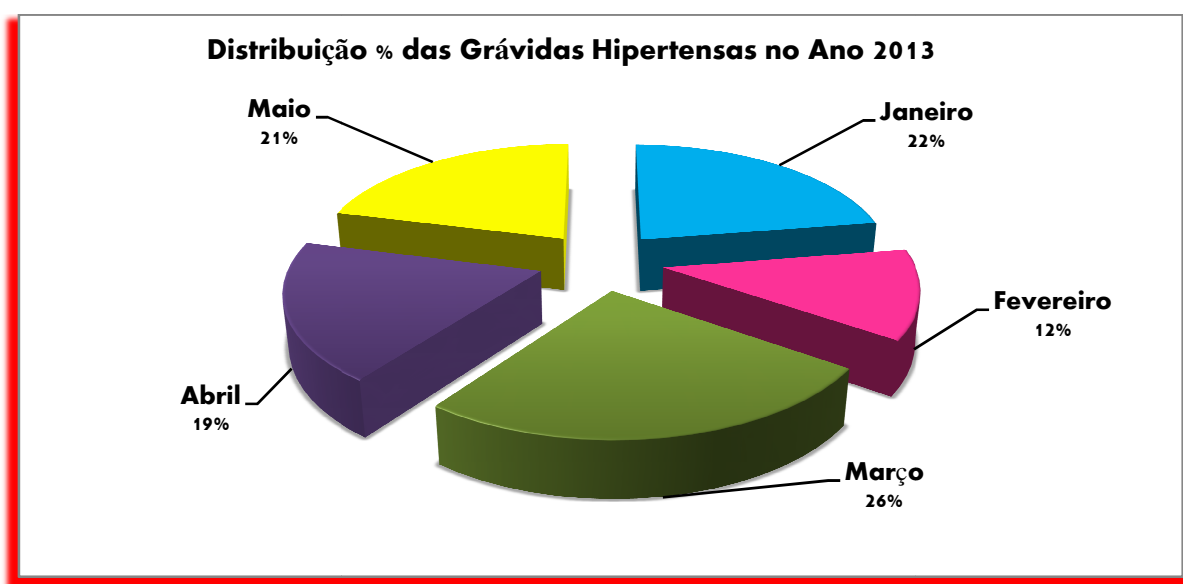


Gráfico 8: Distribuição dos casos de Hipertensão de Jan a Dez/2013

V. CONCLUSÃO

A realização desta monografia, proporcionou-nos momentos de reflexão e conhecimento sobre o tema a Hipertensão Arterial na Gravidez, constituindo assim uma experiência bastante enriquecedora.

A gravidez, bem como o parto, são eventos fisiológicos. No entanto promovem modificações físicas e psicológicas nas mulheres, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde, justificando a atenção para além de um útero gravídico.

A hipertensão arterial na gravidez é uma das patologias obstétricas mais comuns, por esse motivo merece uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde ligados à área materno-infantil. O interesse pela problemática fundamenta-se em alguns aspectos relevantes como a dificuldade de detecção em grávidas assintomáticas bem como factores predisponentes da doença hipertensiva específica da gravidez.

Consideramos importante realçar que, ao realizar esta Monografia, conseguimos alcançar os objectivos preconizados, agregando mais conhecimentos com base em fontes diversas, destacando a nossa clara percepção sobre o desconhecimento da etiologia da hipertensão arterial na gravidez, o que nos consciencializa que ao actuar futuramente como profissionais de saúde, na área de obstetrícia, deveremos procurar ter uma forte actuação no sentido de fornecer informações pertinentes sobre os factores de risco predisponentes da hipertensão arterial na gravidez, para a grávida, família e comunidade, de modo a que, estes se tornem aliados na promoção e manutenção da saúde materno-fetal.

Ao longo da revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem no período de pré-natal na grávida hipertensa, constatamos que os objectos do pré-natal são: garantir a segurança materno-fetal, promover o desenvolvimento do feto para que nasça saudável, prevenir complicações e detectar precocemente os sinais da doença hipertensiva.

Das observações directas e indirectas, verificamos que os sinais e sintomas da hipertensão arterial na gravidez mais diagnosticados no CSR BV, são hipertensão arterial, proteinúria, edema facial, edema dos membros inferiores, aumento de peso e que os cuidados de enfermagem no sentido de minimizar esses riscos, tem sido indispensáveis nesse Centro de Saúde Reprodutiva. As consultas do pré-natal no CSR BV não são conduzidas somente como um momento técnico centrados num fenómeno biológico, mas

sim, com base numa conduta que permite estabelecer um vínculo de acolhimento, confiança e segurança, facilitando a relação enfermeiro-grávida e a sua família.

A prevenção é a base para evitar complicações dessa patologia obstétrica, assim o enfermeiro espera que através das suas intervenções individualizadas e especializadas, consegue melhorar a qualidade de vida às grávidas hipertensas, sendo essas intervenções de extrema importância, visto serem direccionadas para apoiar, orientar, informar a grávida e a sua família para além de prevenir futuras complicações.

Concluimos assim que o enfermeiro é imprescindível na prestação de um cuidado mais particularizado, com o intuito de individualizar a assistência, visando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das grávidas. Os cuidados de enfermagem são essenciais na medida em que são os enfermeiros que: tem o primeiro contacto com a grávida, fazem a anamnese detalhada, educação para saúde, o exame físico, para além de, requisitar exame que são considerados pertinentes para o diagnóstico precoce das patologias que podem surgir na gravidez, consequentemente acarretar risco materno-fetal.

Como limitações desta pesquisa, realçamos as dificuldades na obtenção de bibliografia relacionada, particularmente daquelas que fazem abordagens sobre a etiologia e os factores predisponentes, os cuidados de enfermagem e sobre a própria grávida hipertensa. Outra grande limitação está relacionada com o período/tempo para a realização da monografia, que por ser escasso dificultou muito as observações directas, agravado ainda com a ausência de registos importantes para o tema em estudo, nos livros de consulta pré-natal do CSRBV.

Esperamos ter dado algum contributo para a comunidade científica e que o folheto informativo elaborado, focalizado nas intervenções ambulatoriais a grávidas hipertensas, seja de importância para as grávidas e todas as instituições que promovem a saúde e o bem-estar das grávidas.

Como sugestão para pesquisas e estudos futuros, queríamos exaltar que por o DHEG ser uma das patologias obstétricas mais comuns, deverá merecer uma especial atenção, assim incentivamos as instituições de ensino, de saúde e os futuros profissionais dessa área, a promoverem estudos que ajudam a entender melhor o processo fisiopatológico da DHEG.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARAÚJO, Natalúcia Matos Araújo et al (2012) *Corpo e sexualidade na gravidez*. Rev Esc Enferm USP, 6 (3):552-8
- BOLLANDER, Verolun Barnes (1993) *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta.
- BOBAK, Irene, LOWDERMILK, Deitra, JENSEN, Margaret (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4º Edição. Lusociencia
- BRANDEN, Pennie Sessler (2000). *Enfermagem Materno- Infantil*. 2º Edição. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso Editores.
- BURROUGHS, Arlene (1995). *Uma introdução a Enfermagem Materna*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas.
- CAMPOS, Rui C. (2000) *Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo*. Análise Psicológica, 1 (XVIII): (15-35). Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a02.pdf>
- CAMPOS, Diogo, MONTENEGRO, Nunos e RODRIGUES, Teresa (Coord) (2008). *Protocolos de Medicina Materna- Fetal*. 2º Edição. Lisboa: LIDEL
- CAMPOS, Ana (2006) *Hipertensão na Gravidez*. Arq Mat Alfredo da Costa Nº 5.(10-13)<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/730/1/Arq%20MAC%202006%2010.pdf>, 22/06/2013, 20H05
- COLLIERE, Marie Francoise (1999). *Promover a Vida- Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5º Tiragem. Lisboa: Lidel.
- CRIVARO, Elizabeth Timotheo; ALMEIDA, Inez Silva e SOUZA, Ivis Emília de Oliveira (2007). *O cuidar humano: articulando a produção académica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador*. R Enferm UERJ, 15 (2):248-54. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a15.pdf> 01-06-2013
- DECHERNEY, Alan H., e NATHAN, Lauren ND (2003). *Obstetrícia e ginecologia- Diagnostico e tratamento*. 9º Edição. Rio de Janeiro: MC Graw Hill
- DENCKER, Ada de Freitas M (2001). *Pesquisa Empírica em Ciências Humanas*. São Paulo: Futura.
- ENKIN, Murray et al (2005) *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*. 3º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

- FILHO, Adauto Martins Soares et al (2006) *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. 3º Edição. Brasília: Ministério da Saúde.
- FORTIN, M.F. (2000) *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociencia
- FRESCISCA RH, et all (2010) *Guias para atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizado na APS*. Uruguia: Publicações Científicas CLAP\ SMR 1562. 3
- HACKER, Neville e MOORE, J.George (1994). *Fundamentos ginecologia e obstetrícia*. 2º Edição. Porto Alegre: Artes Medicas.
- LAVÍNIA, Isabel (2006) *Aspectos Nutricionais na Grávida Hipertensa e Obesa*. Arq Mat Alfredo da Costa. Nº 5 (30-33). Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/736/1/Arq%20MAC%202006%2030.pdf>, 12/06/2013
- LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. e BOBAK, Irene M. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ª Edição. Lisboa: Lusodidacta
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. (2008). *Metodologia do Trabalho Científico*. 7º.ed. São Paulo: Atlas
- MARQUES, Rosário (2006) *Doenças Hipertensivas da Gravidez. Perspectiva do Anestesta*. Arq Mat Alfredo da Costa 2006 Jul; 16 (5): 36-42. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/733/1/Arq%20MAC%202006%2036.pdf> 12/06/2013
- MELSON, Kathryn et al (2002). *Enfermagem Materna-Infantil: Planos de cuidados*. 3º Edição. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>, 01-06-2013
- PASCOAL Istênio F (2002). *Hipertensão e Gravidez*. Rev Bras Hipertens Nº 9 (256-261). Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaogravidez.pdf> 23-04-13

- POTTER, Patrícia e PERRY, Anne. (2006). *Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos*. 5ª Edição. Lisboa: Lusociência.
- QUIVY, Raymond et al. (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva
- RAGONESI, S.M.A, BERTINI, A.M, CAMANO, L. (1997) *Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais*. Rev Ass Med Brasil 43(2): 173-8
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-42301997000200016&script=sci_arttext
- REZENDE, Jorge. (2000). *Obstetrícia*. 9º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ROURA, Luís Cabero (2003). *Tratado de ginecologia, obstetrícia e medicina de la reprodução*. Espanha: Editorial Medica Panamericana.
- RUDIO, Franz Victor (2008). *Introdução ao Projecto de Pesquisa Científica*. 35.ed. Petrópolis, RJ: Vozes
- SANTANA, Fernanda dos Santos NERIS. *Actuação da enfermagem em urgências - gestação de alto risco hipertensão arterial*. (653-673).
- SANTOS, Nívea Cristina Moreira (2004). *Assistência de Enfermagem Materno-infantil*. 1ª Edição. São Paulo: Látia
- SANTOS, Ana Cristina e CARDOSO, Ana Maria (2010) *A qualidade de vida e o suporte social da grávida*. Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstretas- N.º 11
- SOUSA, Araújo Santos, et al (2009). *Factores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Vol. 22, Núm. 1, (48-54)
- TORLONI, Maria Regina et al (2000) *Gestação Trigemelar Espontânea: Complicações Maternas e Resultados Perinatais*. RBGO - v. 22, nº 7 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n7/12218.pdf>, 07/06/2013
- TRIVIÑOS, A. N. S.; *Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*, São Paulo, Atlas, 1987.
- ZANOTTI, Daniela, ZAMBOM e CRUZ (2009). *Orientação de enfermagem na educação em saúde a Gestantes com doença hipertensiva específica da Gestação – DHEG*:<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf>

ANEXOS

FOLHETO INFORMATIVO

- ✦ Tomar a medicação prescrita pelo médico;
- ✦ Ir às consultas pré-natais, fazer todos os exames indicados;
- ✦ Não consumir álcool ou tabaco;
- ✦ Fazer actividade física que tem como objectivo: ajudar a reduzir o stress associado à situação de alto risco (se indicado);
- ✦ Comunicar-se imediatamente com o médico, enfermeiro, ou uma instituição de referência, caso apareça algum dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor no estômago, perturbação visual, ou inflamação (edema) da face ou das mãos;

Faca a consulta de pré-natal, siga as dicas que são dadas, garantindo assim uma gravidez saudável, evitando possíveis complicações para si e para o seu filho!



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

HIPERTENSAO ARTERIAL NA GRAVIDEZ



Elaborado por:

Pedra Simone Teixeira Sousa

Jocilene Ailine Andrade Rodrigues

Kleidy Solange Miranda Duarte

O que é Hipertensão Arterial na Gravidez?

É quando ocorre a elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem sinais de complicações associadas ou pressão arterial pré-existente.

Quais os sinais e sintomas que indicam a hipertensão arterial na gravidez?

- 1- Aumento da tensão arterial, (consideram-se como limite da normalidade os valores de 140/90 mmHg) ou elevação na pressão alta de 30 mmHg, ou elevação da pressão baixa de 15 mmHg;



- 2- Inflamação (edema) das pernas, das mãos e da face;

- 3- Aumento de peso rapidamente (ganho de peso de mais do que 900g por semana);



- 4- Perda de proteínas pela urina;

- 5- Outros sinais que podem estar associados: dor de cabeça, perturbação visual, náuseas, vômitos, diminuição da eliminação urinária, dor no estômago etc.

Quais são os factores de risco?

- ✦ Idade materna (maior que 40 anos);
- ✦ Gravidez pela primeira vez;

- ✦ Gravidez múltipla (nº de fetos);
- ✦ Doenças associadas (diabetes, obesidade, hipertensão crónica, doença renal etc);
- ✦ Hereditariedade (antecedentes familiares);
- ✦ Raça (negra) e Nível Socioeconómico (baixo);
- ✦ Deficiência dietética de cálcio.

Dicas e cuidados a ter para prevenir a Hipertensão na Gravidez

- ✦ Repouso é essencial;
- ✦ Dieta rica em proteínas, beber líquido e não abusar do sal na alimentação;
- ✦ Reduzir a ansiedade;
- ✦ Deitar sobre o lado esquerdo;

CARTA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DADOS NO CSRBV

À Direcção do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista

Mindelo, 22 de Abril de 2013

Assunto: Solicitação Autorização para Recolha de Dados

O seguinte grupo constituído por três estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, Fedra Simone Teixeira Sousa, Jocilene Ailine Andrade Rodrigues e Kleidy Solange Miranda Duarte, visando a elaboração do trabalho de conclusão do curso, sob a orientação da Mestre Rosemeire Ambrozano, com o Tema "Hipertensão Gestacional" e com os seguintes objectivos:

- Compreender de forma detalhada a patologia – Hipertensão Gestacional;
- Identificar a incidência de casos de hipertensão gestacional (HG) em relação a patologia obstétrica no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista, no período de um mês;
- Conhecer as rotinas de atendimento às grávidas com HG no CSRBV;
- Analisar os cuidados de enfermagem prestados às grávidas com HG no CSRBV.

necessita recolher alguns dados junto das utentes e das enfermeiras do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista, prevendo-se que tal seja realizada no mês de Maio, comprometendo desde já a não perturbar o normal funcionamento do Centro.

Assim por este meio, solicita encarecidamente à Direcção, que seja concedida a necessária autorização para a realização da referida recolha de dados na Secção Maternal.

Na expectativa que este pedido será deferido, subscreve com os melhores cumprimentos,



O Requerente do grupo


UNIVERSIDADE
DO MİNDELO

C/c da Orientadora

Concordo
Dar consentimento
à S. M. T. T. T.
22/04/2013

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS ENFERMEIRAS DO SECTOR MATERNAL DO C.S.R.B.V

No âmbito de um trabalho de conclusão do curso para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, solicitamos e agradecemos a vossa participação numa entrevista com base neste guião e que se destina a conhecer os cuidados de enfermagem prestados às grávidas hipertensas no Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista.

Gostaríamos de esclarecer que a vossa participação será voluntária, podendo ser anónima e confidencial, desde que assim entenderem, havendo da nossa parte uma abertura total para ouvir as vossas respostas, opiniões e contributos sobre os assuntos a serem abordados e que em momento algum a vossa identidade será revelada, sem o vosso prévio consentimento. Os dados recolhidos, serão utilizados apenas para fins académicos/científicos.

I - Perfil do Enfermeiro Entrevistado:

1. Exerce a profissão de Enfermagem há quanto tempo?
2. Qual o seu tempo de serviço neste Centro de Saúde?
3. Trabalha neste Centro de Saúde por opção pessoal ou por colocação da Direcção dos Serviços de Saúde?
4. Gosta daquilo que faz e sente-se motivado para trabalhar neste Centro, na área de Obstetrícia?
5. Possui alguma especialização na área de obstetrícia ou alguma formação de aprimoramento?
6. Como avalia o seu grau de confiança na tomada de decisões quando do atendimento às grávidas?
7. Considera que no exercício das suas funções neste Centro, tem autonomia suficiente para decidir?

II – CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

1. Na sua opinião qual o principal papel do enfermeiro quando da sua actuação na assistência de pré- natal?

2. O centro de Saúde dispõe de profissionais com especialização na área de obstétrica? Se sim, como é que a colaboração desses profissionais, contribuem para a melhoria da assistência de pré- natal?
3. Quais são os cuidados de enfermagem prestados neste Centro, às grávidas com H.G?
4. Sabendo que a H.G. não tem causa explícita, mas que no entanto existem vários factores predisponentes da H.G., quais são os factores mais frequentes nas grávidas com H.G. atendidos neste Centro?
5. Quais as preocupações dos Enfermeiros deste Centro de Saúde, para que seja garantida a qualidade no atendimento de pré- natal?
6. Quais são as acções deste Centro, no sentido de melhorar cada vez mais a assistência de pré-natal?
7. Quais tem sido os seus contributos para melhoria da qualidade de serviços prestados neste Centro?
8. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem neste Centro, na sua opinião, o que poderia ser melhorado, visando o bem-estar das grávidas?